SINOSSI
DELLE VARIE SPECIE
DI
DIFFICOLTÁ DEL PARTO
CON OSSERVAZIONI PRATICHE

SUL

TRATTAMENTO DEI PARTI

DEL DOTTOR

SAMUELE MERRIMAN

Membro della Società Linneana; Lettore di Ostetricia; Ostetrico dell'Ospizio di Middlesex, e dello Spedale Parrocchiale di San Giorgio, Hanover Square; ed Ostetrico consultore del Dispensatorio generale di Westminster.

TRADUZIONE ITALIANA

Sulla terza edizione di Londra, con aggiunte ed un'Appendice di Casi e di Tavole illustrative dell'Autore, e con alcune note del Traduttore.

SIENA

SI VENDE PRESSO ONORATO PORRI;

ED IN FIRENZE PRESSO GUGLIELMO PIATTI

1825

Da Spatium tenuemque moram,
male cuncta ministrat impetus.

Statii Theb. lib. IX.

AI SUOI SCOLARI

ALUNNI DELL' UNIVERSITA' DI SIENA

IL TRADUTTORE

Sebbene il soggetto principale della Vostra Istruzione sia al presente lo studio della Medicina Clinica e della Terapìa Speciale, e mio dovere, durante l'anno scolastico, darne i precetti per bene avviarvi nel medesimo: pure dovendo Voi, per savio divisamento di Coloro che primariamente presiedono alla direzione della Toscana Gioventù nell'educazione Medica, accoppiare allo studio della Clinica interna non solo quello della Clinica esterna, ma assistere ancora, per un qualche tempo, alle lezioni di Ostetricia, ho ragione di credere che vi sarà utile questa Sinossi, *la quale può onninamente considerarsi come un ottimo* Compendio di Ostetricia Pratica; *poichè racchiude non solo l'esposizione delle diverse specie dei Parti, e del modo di assisterli; ma ancora il Trat-*

tato degli Strumenti e delle principali operazioni in Ostetricia, con un'Appendice di Casi pratici molto interessanti.

La reputazione di cui gode il Sig. Merriman; *le tre edizioni che si sono fatte della presente* Sinossi; *il metodo Nosologico da esso seguitato, sempre atto ad imprimere nella mente dei Giovani Studenti più facilmente l'idea di quelle cose, la di cui cognizione è per essi indispensabile; l'avere infine l'Autore scritto questo libro precisamente per i principianti nell'arte di assistere i parti, oltre il merito intrinseco dell'opera, sono state le ragioni che mi hanno invitato ad intraprenderne la traduzione.*

Essendo questa, ed essendo per essere in gran parte, il prodotto di alcuni momenti di ozio, che necessariamente mi si presentano durante la mia assenza dall'Italia, io ve l'offro come un pegno, di quella doverosa sollecitudine per Voi, che vicino, o lontano mi è grato il sentire, come mi è gratissimo il trovarmi da Voi abbastanza corrisposto.

Non crescono però con questo i vostri obblighi a mio riguardo, ed io mi chiamo totalmente soddisfatto, se posso in qualche modo incoraggire il vostro zelo nello studio dell'arte salutare, e se potrò contribuire in qualche parte a farvi calcare con fermezza quella via alla quale sola è dato il potere di condurvi ad essere rispettabili, per il vostro sapere, e per la vostra morale condotta, in Italia, e fuori di essa.

Voi troverete quest' opera divisa in tre parti. La prima contiene tutta la Nosografia delle varie specie di difficoltà del Parto; nella seconda si parla dell' uso degli strumenti di Ostetricia, dell' Operazione Cesarea, della Sinfisiotomia ec.; la terza consiste in un' esteso appendice di casi pratici, e di tavole illustrative la precedente Sinossi. Credo frattanto mio dovere il prevenire Voi, e qualunque altro, il quale leggerà quest' Opera, che nella traduzione della prima e della seconda parte mi manterrò fedelissimo al testo: ma che mi permetterò bensì di compendiare qualche storia nella terza, lasciando cioè qualcuna di quelle circostanze, che hanno poco che fare con l' arte, o con l' istruzione nella medesima. Alcune poche note, aggiunte alla terza edizione Inglese, che nell' originale sono portate in fine, le riporterò nella prima parte, alla quale appartengono, e segnerò con l' asterisco le annotazioni, che saranno da me aggiunte, per distinguerle da quelle dell' Autore. Vivete felici.

Bristol 21 *Settembre* 1824.

Stanislao Grottanelli

PREFAZIONE

DELL' AUTORE

La prima edizione di quest'Opera consisteva in una enumerazione in forma Nosolcgica delle principali deviazioni del parto dal modo col quale dee effettuarsi perchè si possa dire naturale. Alla seconda edizione furono aggiunte alcune osservazioni pratiche: ma in questa terza edizione, richiestami, si contengono osservazioni addizionali, ed un Appendice di Casi e di Tavole.

Il tentativo di ridurre le diverse specie di difficoltà del parto in una forma Nosologica non è nuovo; *Sauvages*, *Sagar Linneo*, *Macbride*, *Young* ed altri inclusero la *Dystocia* nei respettivi sistemi di Nosologia. *Cullen*, che la omesse, confessa di aver fatto ciò „ forse non troppo bene a proposito; „ ed inserì perciò la *Dystocia* in quella lista di malattie non classate, sulle quali invoca l'attenzione dei futuri investigatori, raccomandando ai medesimi che vogliano esaminarle più accuratamente, e determinarne la conveniente situazione con i caratteri che ad esse sono propri.

Non ostante le obiezioni che sono state affacciate contro i sistemi di Nosologia, nulla ostante gli errori nei quali ci hanno talvolta indotto, e le anomalie delle quali abbondano, non vi può esser però alcun dubbio, che dallo studio più esteso di questa parte delle scienze Mediche non sia derivato il maggiore avanzamento che si è fatto nella Patologia, e nella Terapeutica. Anzi gli stessi inconvenienti, contro dei quali si è molto declamato, come derivati dalla distribuzione sistematica non hanno mancato di essere utili per qualche lato. Le discrepanze di opinioni, relativamente alle classi, sotto delle quali dovevano essere collocate certe malattie, e le accumulazioni dei sinonimi, introdotte dai diversi sistematici, contribuirono ad eccitare un esatta investigazione nei più manifesti caratteri di ciascuna malattia, e ad una revisione e separazione della di loro più piccola ombra di differenze; fissando così i sintomi della malattia più stabilmente nella memoria, ed abilitando i Medici a dirigere i di loro metodi curativi nei casi delle più pressanti indicazioni fino dal loro cominciamento.

Quello adunque che *Cullen* desiderava che fosse fatto nella totalità delle malattie, da esso non classate, io ho tentato di farlo nella *Dystocia*: ma non entrava nel mio piano il volere introdurre una nuova nomenclatura. Ciò tuttavia fu fatto, dopo la prima edizione di questa mia opera, del Dottor *Power* nel suo *Treatise on Midewifery, developing new principes* ec. (1819). il quale ha trattato con molta ricercatezza il sistema Nosologico appli-

cabile ai parti, ed ha mostrato molta erudizione nella scelta della sua nomenclatura. Fu mia intenzione di conformarmi, per quanto era possibile, al modello datone prima di me da *Sauvages* e da *Young*, ma di presentare nello stesso tempo il lavoro sulle difficoltà del parto sotto un punto di vista più esatto, e più esteso di quello che si trova nelle di loro opere.

Fu mia prima intenzione d'illustrare con degli esempi gli odierni metodi di pratica ostretica, pubblicando una completa serie di casi secondo la distribuzione Nosologica dei parti. Io ho pertanto dato esecuzione a questa parte del mio primo piano, sino a quel tal punto soltanto, da poter dare in un Appendice un piccolo numero di casi; ed ho tra questi, avuto in mira di scegliere principalmente quelli, che potevano essere utili a quei giovani dedicati all'Ostetricia, che non hanno fatto ancora molti avanzamenti nell'esercizio della professione. I casi pubblicati non sono sempre resi autentici dalla firma di coloro che gli hanno comunicati (*): ma non ne è stato inserito alcuno, a meno che io abbia avuto ben fondata ragione di essere persuaso che i fatti esposti erano riferiti esattamente,

Io ho inserito in quest'opera, forse con un po-

(*) Anzi ove queste marche di legalità esistono, sarà inutile riportarle nella traduzione Italiana, bastando per noi l'autorità del Sig. *Merriman*; mentre nulla aggiungono di merito all'opera, e basterà che sia accennata in principio delle storie la provenienza delle medesime.

co troppo di libertà delle sentenze estratte da altri scrittori, e da note manoscritte. Spero frattanto che alcune di queste serviranno di pascolo alla mente del lettore, altre d'istruzione, ed altre, servendo a confermare le dottrine che ho avuto in animo di stabilire, faranno sì che le regole pratiche, da me assegnate, sieno seguite più facilmente. Per tal motivo ho ragione di credere che mi sarà condonata una tal condotta, come le frequenti note di citazioni relative alla pratica di altri Autori. Non vi è dubbio che molte cose inserite in questa opera sieno di già conosciute da quelli che sono avanzati nella loro professione, ma rammentandosi che il mio libro è principalmente diretto per coloro che s'iniziano nello studio dell'Ostetricia, si vedrà che tali notizie risparmiano ai medesimi molto tempo e fatica nelle loro future investigazioni.

Un dotto Medico, il fu Dott. *Parr* di Exeter, diceva „ che in tutta la pratica Medica e Chirurgica non vi era soggetto che dimandasse maggior fermezza nella condotta, più pronfonde riflessioni, e più esatti giudizi del trattamento delle diverse difficoltà dei parti „. Se, dalla classazione che ho adottata, potrà esser reso alquanto più facile il conseguimento di quell'interessantissimi requisiti che concorrono a formare un buon'Ostetrico, i miei ardenti desideri saranno pienamente soddisfatti. Io ho cercato diligentemente di far conoscere e d'imprimere nella mente quelle regole, che possono rendere la nostra pratica, in ogni caso di

parti difficili e pericolosi, conveniente ed efficace; di enumerare le principali aberrazioni della natura, dimostrando quando sono di molta importanza, o no; d' inculcare tutte quelle cautele che possono prevenire l'apprensione non necessaria, e lo scoraggimento, e finalmente d'indicare i segni evidenti di un pericolo che minaccia, onde possa risvegliarsi per tempo l'attenzione, ed il giusto timore.

Se, per qualcuna delle istruzioni contenuta in questo libro, potessi riuscire in qualche circostanza a sollevare lo spirito di quei Chirurghi ostetrici dal peso di quell'agitazione, che nell'assistere a qualche parto tedioso o difficile diviene somma, e giunge all'estremo caso di agoscia; e se poi, per qualche ammonizione o suggerimento, potessi essere stato un istrumento capace a preservare una qualche donna, nelle penosissime esigenze del parto, da qualche patimento o pericolo non necessario ad incorrere, con quanto più di ragione potrei dire allora „ Nec ego frustra „.

PIANO DELL' OPERA

PARTE I.

Distribuzione Nosografica delle diverse specie dei Parti.

CLASSE I. EUTOCIA

ORDINE UNICO EUTOCIA SIMPLEX, Parto naturale o felice.

CLASSE II. DYSTOCIA

ORDINE I. DYSTOCIA DIUTINA, Travaglio del parto prolungato, o parto ritardato.

ORDINE II. DYSTOCIA ANENERGICA, Parto mancante di forze.

ORDINE III. DYSTOCIA PERVERSA, Storta presentazione della testa.

I. Fronte inclinata verso il pube.

II. Presentazione della faccia.

III. Posizione della testa alterata dalla discesa contemporanea nella pelvi di una mano, o di un braccio.

ORDINE IV. DYSTOCIA AMORPHICA, Parto reso difficile dalla deformità delle ossa della pelvi.

ORDINE V. DYSTOCIA OBTURATORIA, Parto serrato.

I. Per imperforazione dell'Imene, per coesione delle pareti della vagina ec.

II. Per tumori nelle parti genitali.

III. Per la discesa di qualche ovajo;

IV. Per quella della vagina;

V. Per quella degl' intestini. o dell' omento.

ORDINE VI. DYSTOCIA ECTOPICA, Parto reso difficile per l'uscita di sito dell' utero.

I. Obliquità laterale.

II. Obliquità anteriore.

III. Obliquità posteriore, o retroversione dell' utero.

IV. Ernia, o prolasso dell'utero.

ORDINE VII. Dystocia transversa, Parto preternaturale, o presentazione di qualunque altra parte, fuorchè la testa.

I. Presentazione delle natiche.

II. Presentazione delle estremità inferiori.

III. Presentazione delle estremità superiori.

IV. Presentazione del dorso dell' ombellico, o dei fianchi.

V. Presentazione del funicolo ombellicale.

ORDINE VIII. Dystocia gemina, Parto di due, o di più fanciulli.

ORDINE IX. Dystocia laceratoria, Parto che dà luogo, o che è accompagnato da rottura, o da lacerazione di qualche parte esterna, ovvero interna.

I. Lacerazioni del perineo.

II. Lacerazioni delle labbra o delle pudende.

III. Lacerazioni della vagina, o dell' utero.

IV. Lacerazioni di un qualche altro organo interno.

V. Lacerazioni dei legamenti della pelvi.

ORDINE X. Dystocia haemorrhagiaca, Parto accompagnato da emorragia.

I. *Haemorrhagia placenta discreta*. Per separazione accidentale della placenta, mentre occupa il suo posto naturale.

II. *Haemorrhagia placenta praevia*.

PARTE II.

Un' Indice copioso delle materie, che comprenderà ancora quelle della Terza Parte, *ossia dell'Appendice dei Casi Pratici, sarà posto in fine dell'Opera.*

PARTE PRIMA

DEL PARTO NATURALE

E

DELLE DIVERSE SPECIE

DI DIFFICOLTÁ DEL PARTO

VIII

IL PARTO

può dividersi in DUE CLASSI

I. EUTOCIA (a) *Parto naturale, o felice*

II. DYSTOCIA (b) *Parto preternaturale, o penoso.*

CLASSE I. EUTOCIA

questa comprende il solo Ordine

EUTOCIA SIMPLEX --- *Parto naturale.*

Sinonimia

Parto naturale di Smellie, *di* Denman, *di* Plenk ec.; *Parto facile di* Cooper, *Parto ordinario di* Aitken.

Definizione

Parto naturale dicesi quello nel quale si presenta il vertice, e la testa discende prontamente entro la pelvi. Presa una tal direzione, l'occipite incomincia ad emergere al disotto dell'arcata del pube. Il travaglio del parto è terminato entro le 24 ore dopo il suo incominciamento. La placenta è espulsa dentro un'ora dopo la nascita del fanciullo. Tutto il processo si compie intieramente senza pericolo della madre.

Questa definizione è sufficientemente semplice, intelligibile, e stabilita o sanzionata dal general consentimento.

(*a*) *Da* ευ, *buono*, *e* τοκια *parto.*
(*b*) *Da* δυς, *male*, *e* τοκια *parto.*

b

Alcuni scrittori hanno definito nullaostante il *parto naturale* differentemente. Così *Burns* considera come cosa essenziale per il parto naturale che esso non debba accadere avanti il termine del nono mese, perciò nella sua classificazione dei parti ha stabilito per seconda classe il parto prematuro (a). *Mauriceau* crede non solo essenziale che la donna debba esser giunta al termine della gravidanza, ma che ancora il bambino debba esser nato vivo, perchè il parto possa dirsi naturale (b). *Cooper* vorrebbe considerare come naturale quello soltanto in cui il fanciullo è espulso dodici ore dopo l' incominciamento del travaglio (c). *Power* si limita a nominare *Hilaosis* (parto propizio) soltanto quello che si compie entro sei ore (d).

E' cosa certa che molti *parti naturali* si compiono in uno spazio di tempo più breve delle ventiquattro ore specialmente se la donna ha messo altre volte alla luce; così in 500 esempi di Eutocia ne abbiamo

201 terminati entro	6 ore, e di questi	5 parti primitivi
192	12	27
74	18	31
28	24	10
500		73

ma siccome importa moltissimo il non limitar troppo minutamente le potenze della natura, e da ciò arrischiare un troppo sollecito intervento dell'arte; siccome la completa estensione delle parti non può sempre essere effettuata in un più corto spazio di tempo, e siccome il pericolo difficilmente tuttavia sopraggiunge nelle prime ventiquattro ore di una presentazione naturale, sembra imprudente l' alterare quella definizione che abbiamo adottata del *parto naturale*.

Sintomi precursori del parto.

I. Generale, ed eguale abbassamento dell' utero, e dell' Addome.

Questo è un favorevole sintoma perchè mostra che la pelvi è ben formata, e che le parti sono convenientemen-

(a) *Principles of Midwifery*. (b) *Maladies des femmes liv.* 1. *cap.* 1. (c) *Compendium of Midwifery* 1766. (d) *Treatise on Midwifery*. 1819.

te disposte per il travaglio del parto. Un tale abbassamento è occasionato dai così detti dolori spurii, ma molto spesso succede in un modo impercettibile, e qualche volta accade alcuni giorni avanti che i dolori incomincino.

2. Lo scolamento di mucosità dalla vagina.

Quando questa materia è tinta di sangue è chiamata volgarmente il *segno*: ma è frequente il non vedere questo segno fintantochè il travaglio del parto abbia fatti considerabili progressi (a).

3. Il frequente bisogno di rendere l'orina.

4. I frequenti stimoli di rendere le feccie, o il *tenesmo*.

Sintomi durante il travaglio del parto.

Dolori	Rigori
Mancanza di riposo	Vomiturizione
Abbattimento	Sudori profusi

I dolori sono di due sorte spurii, e veri

Dolori Spurii.

I dolori possono esser creduti spurii 1.° Se eglino compariscono prima della fine del tempo destinato per la gestazione; 2.° Se non sono accompagnati dal predetto scolo per la vagina; 3.° Se la paziente ha sostenuto straordinarie fatiche; 4.° Se sia stata esposta ad un eccessivo freddo,

(a) *Relativamente al* segno *sono stati commessi frequentemente degli errori. Così se una donna perde alcune goccie di sangue, per una straordinaria circostanza verso la fine della gravidanza, essa pensa di avere il* segno, *e per conseguenza crede che sia pronto il parto: ma l'apparire di un poco di sangue non costituisce il* segno, *perchè questo realmente consiste nella scarica di muccosità e di sangue mescolato insieme, e questo raramente succede prima che il travaglio abbia effettivamente fatti molti progressi.*

5.° Se abbia preso recentemente cibi flatulenti o di difficile digestione.

I dolori spurii possono esser riconosciuti 1.° Dalla di loro irregolar ricorrenza. 2.° Dall' essere più molesti nel ventre che nel dorso, e nei fianchi. 3.° Dal non produrre alcuna dilatazione all' orifizio dell' utero.

I dolori spurii sono allontanati 1.° Dagli aperitivi, se procedono da costipazione di ventre o da indigestione. 2.° Dagli antiacidi assorbenti, se derivano da acidità negl' intestini; 3.° Dagli opiati, se da spasmo o defatigamento; 4.° Dall' emissione di sangue, se congiunti all' infiammazione, o alla febbre.

Dolori veri.

I dolori veri possono essere conosciuti 1.° Dalla loro ricorrenza e regolari intervalli. 2.° Se affettano i reni e cassano all' intorno delle coscie. 3.° Se producono una sensibile apertura o dilatazione dell' orifizio dell' utero durante ciascun dolore. 4.° Dalla protuberanza delle membrane, simile ad una vescica ripiena di acqua a traverso l' orifizio dell' utero (a).

I dolori veri sono di due sorte.

1. Dolori maciuanti, o laceranti quando l' orifizio dell' utero primieramente incomincia ad aprirsi.

2. Dolori pressanti o espellenti dopo che l' orifizio interno dell' utero è alquanto aperto e la borsa delle acque, o la testa del feto è spinta a guisa di cono a traverso la bocca circolare dell' utero producendo una più completa dilatazione, e quando viene dipoi espulso il feto a traverso l' orifizio esterno (*).

(a) *Nei dolori veri del parto naturale si troverà che la testa del feto si spinge in avanti contro l' orifizio dell' utero; a proporzione che la doglia avanza, la testa si rialza, ed il suo posto è occupato dalle acque, le quali gradatamente si spingono in fuori per l' orifizio dell' utero a similitudine di una borsa o di una vescica* = Puzos' lectures MS.

(*) *I dolori della prima specie possono referirsi ai così detti dolori presagenti, ed a quelli preparanti de*

La *mancanza di riposo*, e l'*abbattimento* che prova la partoriente osservasi più comunemente nel principio del travaglio e sembra esser prodotta dalla irritabilità nervosa durante la continuazione dei dolori macinanti. Questi sintomi sono generalmente allontanati o alleggeriti quando sopraggiungono i dolori espellenti (a).

I *rigori*, i *tremiti*, le orripilazioni spesso succedono durante la dilatazione dell'orifizio dell'utero; qualche volta eglino accompagnano ciascun dolore, e più frequentemente si esacerbano quando l'orifizio dell' utero incomincia da prima a dilatarsi fino al tempo in cui la dilatazione è pienamente compita, e non è straordinario che eglino precedano il passaggio della testa del feto a traverso l'orifizio esterno (b) e terminino col produrre un violento crampo nelle estremità inferiori.

I *rigori* o le orripilazioni, quando si congiungono con l'azione dell' utero, sono considerati come un favorevole indizio del parto, ma eglino devono esser distinti da quei rigori crudi, e marcati brividi di freddo che sono i forieri della febbre e conseguentemente del pericolo che sovrasta (c).

E molto in uso il somministrare delle bevande calde

---

altri autori; quelli della seconda ai dolori detti proprj del parto *ed agli altri susseguenti, che per la loro forza furono distinti col nome di* conquassanti.

(*a*) *Grande inquietezza ed agitazione osservasi talvolta nella* Dystocia diutina (*parto ritardato*) *quando le forze della paziente divengono meschine o affatto esauste, ed allora indicano considerevol pericolo*.

(*b*) *Le parti esterne sono molto irritabili di modo che, quando eglino cominciano a dilatarsi, i dolori divengono maggiori, e le pazienti sono costrette a mandare forti e compassionevoli grida. Queste sono chiamate* pene del parto. *Le Donne sono prese da forti accessi di tremito poco avanti l'uscita del fanciullo, particolarmente nel primo parto.*

(*c*) *I brividi di freddo, forieri della febbre, sopraggiungono più frequentemente ad' un parto lungo e difficoltoso che al parto naturale, e quando indicano pericolo sono spesso accompagnati con lingua patinosa, respirazione celere e penosa, gran sete, oppressione di polso, che tosto diviene duro e rapido.*

durante questi brividi, come il tè, il gruel (*), leggieri brodi ec.; ma il costume di dare bevande aromatizzate, la birra calda, il vino come dicesi abbruciato, gli spiriti allungati con acqua sono altamente riprovabili, sebbene si pratichino comunemente, specialmente tra le classi inferiori della società.

La vomiturizione parimente è considerata come una circostanza favorevole durante il parto, conveniente con un antico proverbio spesso citato nelle camere delle partorienti che = con tal malattia il parto è sicuro = e tutte le volte che il vomito libera lo stomaco dagli alimenti, o dalle bevande poco confacienti al medesimo, lo che accade spesso, specialmente tra la bassa gente, si può considerare come un bene la presenza di un tal sintoma.

La vomiturizione è similmente capace di produrre talvolta il rilasciamento, ed è perciò che si è avuto luogo di osservare frequentemente che i dolori accompagnati dal vomito occasionano una maggiore e più pronta dilatazione dell'orifizio dell'utero, la quale non sarebbe stata prodotta dai soli dolori senza il vomito.

Il vomito però ecciterà dell' allarme 1.° Se accade dopo un lungo travaglio del parto. 2.° Se quando l'orifizio dell' utero è compiutamente dilatato. 3.° Se i dolori sono sospesi, o cessati tutto ad un tratto; 4.° Se la paziente ha il polso celere e duro, la lingua patinosa ed altri segni manifesti di febbre. 5.° Se il fluido rigettato sia di un colore oscuro sanguinolento o nerastro. 6.° Se la paziente sia incapace di sopportare la pressione della nostra mano sopra l'addome (**).

(*) *Il gruel è una bevanda composta di farina di avena cotta nell' acqua. Presso di noi non è in uso, e si sostituisce a questa utilmente qualche orzata, qualche cordiale, o dei brodi leggieri di vitella, di pollastro ec.*

(**) *Siccome il vomito che si osserva nelle partorienti accade il più delle volte in persone naturalmente pletoriche, o per effetto di una speciale congestione sanguigna occasionata dalla perturbata libertà della circolazione nei visceri addominali, durante le contrazioni espellenti dell'utero coadiuvate da quelle di tutti i muscoli del bassoventre: così sarà utilissimo l' investigarne la vera cagione. Se il polso adunque sarà ce-*

La perspirazione sensibilmente aumentata, o *il sudore* e una natural conseguenza del travaglio del parto, ma la sua quantità o diversi gradi dipendono da varie cause come pure dalla special costituzione dell'individuo. Il rilasciamento che produce nella macchina una natural perspirazione tende senza dubbio a facilitare il parto; ma la perspirazione artificiale occasionata dal caricare con una quantità di cattive vesti la paziente, col mantenere la camera della partoriente troppo calda e chiusa, o col dare dei liquori riscaldanti, esaurisce le forze, e tende in qualunque circostanza a trattenere i progressi del parto.

Dei differenti stadii del travaglio del Parto.

Ho creduto bene di dividere il travaglio del parto in stadii o periodi, poichè ciascuno stadio è contradistinto da speciali circostanze, sia nella qualità dei dolori, sia nella dilatazione delle parti, o nel grado di discesa della testa. Varie però sono state le divisioni arbitrariamente adottate dai diversi autori che non sarà inutile l'esporre. *Denman* divide il parto in tre soli stadii. Il 1.° include la dilatazione dell'orifizio dell'utero, la rottura delle membrane, e lo scolo delle acque. Il 2.° la discesa del feto, la dilatazione delle parti esterne, e l'espulsione del feto medesimo; Il 3.° la separazione della placenta, e l'espulsione, o estrazione di essa. *Aphorisms* p. 3.

L'autore del *London practice of Midwifery* stabilisce quattro stadii. 1.° Quando la testa del feto entra nella pelvi scendendo in basso in guisa che può muoversi senza cangiare la sua posizione. 2.° Quando la testa del feto passa dalla bocca dell'utero nella vagina. 3.° Il cambiamento totale accaduto nella vagina e nell'orifizio esterno

---

lere e duro, se esisterà suffusione sanguigna alla faccia, gravezza e dolore alla testa, si farà una emissione di sangue dal braccio proporzionata alla intensità di detti sintomi, ed alla natural robustezza della paziente.

Una tal pratica sarà utile non solo per mettere le parti molli in stato di maggior rilasciamento: ma per allontanare ancora il pericolo delle convulsioni apoplettiche, precedute sovente dai frequenti starnuti, e che riconoscono le medesime cause.

dell' utero per l'occupazione che ne fa il feto. 4.° L'espulsione del corpo del feto, e della placenta.

Il Dott. *Bard* della Nuova York distingue ancor esso quattro stadii. 1.° Apertura e dilatazione dell'orifizio interno dell'utero; 2.° passaggio della testa del fanciullo tra le ossa della pelvi; 3.° Dilatazione dell'orifizio esterno ed uscita del feto; 4.° Espulsione della placenta, ossia della seconda. *Compendium of Midwifery p.* 105.

M.r *Hogben* divide il travaglio del parto in cinque stadii. Il 1.° si estende dai primi dolori del parto fino a che la testa del feto passa nello stretto superiore della pelvi. Il 2.° comprende lo spazio di tempo nel quale la faccia del feto passa nella pelvi inferiore e si applica alla concavità dell'osso sacro. Il 3.° consiste nel progressivo avanzamento della testa fuori dell' orifizio esterno. Colloca nel 4.° l'espulsione del corpo e delle estremità inferiori del feto, e nel 5.° la rejezione della placenta con le sue membrane. *Obstetric Studies p.* 33.

Il Dott. *Romer* di Zurigo fissò quattro stadii: cioè 1.° Dolori precursori, *dolores praesagientes*; 2.° Dolori preparatori, *dolores praeparantes*; 3.° Dolori veri, *dolores veri ad partum*. 4.° Dolori violenti, *dolores conquassantes* (a).

Io ho preferito di dividere i travagli del parto nei quattro seguenti stadii.

1.° *Nel primo stadio* la testa del feto discende nell' apertura superiore della pelvi, e l'orifizio dell' utero incomincia a dilatarsi circa due dita di diametro, nell' allontanarsi della doglia.

2.° *Nel secondo* accade il cangiamento di posizione della testa la quale volgesi colla fronte nella concavità dell'osso sacro, mentre l'occipite incomincia ed emergere al disotto dell' arcata del pube.

3.° *Nel terzo* stadio succede l'espulsione del feto a traverso l'orifizio esterno.

4.° *Nel quarto* l'espulzione della placenta pone fine a questa operazione.

E' da avvertirsi frattanto che l'orifizio dell' utero qualche volta è completamente dilatato durante il primo stadio: ma in generale la dilatazione non è compita che in prossimità del secondo stadio. L' epoca della rottura

---

(a) *Partus naturalis brevis espositio. Gottingae* 1786.

delle membrane è sommamente incerta. *Quanto più tarda è la diloro rottura tanto più sicuro è il parto.* In conferma di un tal proverbio noi crediamo potere aggiungere, che nel parto più veramente naturale l'umore dell'amnios, conosciuto volgarmente col nome di *acque*, non dee essere evacuato fino a che la testa del feto non è veramente vicina ad uscire dal corpo della madre.

DESCRIZIONE GENERALE DEGLI STADII DEL PARTO.

Del primo stadio.

Alcuni giorni, e talvolta alcune ore soltanto avanti il parto incominciasi ad osservare un abbassamento dell' utero, ed una perdita più o meno abondante di muccosità dalla vagina; cominciano quindi a farsi sentire dei dolori acuti, che generalmente si annunziano più nella sommità dei reni che nell'addome: ma che di fatto scendono rapidamente nella pelvi, e ciascheduno dei quali passa dal di dietro in avanti, o dalla parte anteriore a quella posteriore. Questi dolori ritornano a seconda dei casi nell' intervallo di venti, trenta e più minuti: ma sovente si succedono con intervalli molto più corti, e talvolta le intermissioni sono così leggiere, che la paziente può appena considerarle come intermissioni. Il costante rinnuovamento di questi dolori, e le moleste sensazioni che eglino occasionano hanno indotto le donne Francesi a chiamarli = *les mouches* = le mosche = perchè essi vengono a pungere e vanno via e tornano a punger di nuovo come appunto fanno le mosche che ronzano e che ci molestano aggirandosi intorno alla testa. La maggior parte delle donne che hanno altra volta partorito, o che non hanno provato questi dolori così acuti, o che hanno conosciuto la diloro poca efficacia non ne fanno tanto caso come quelle le quali sono prossime a soffrire il travaglio del parto per la prima volta.

Facendo un esame dello stato dell' utero per la parte della vagina durante i dolori, si troverà che l'orifizio dell' utero è un poco aperto, e facendo una leggiera compressione con l'estremità del dito durante ciascun dolore, si troverà che le membrane si sforzano di stabilirsi una strada a traverso la piccola apertura.

L' intensità e la durata di questi dolori macinanti dipende principalmente dal grado di grossezza o rigidità

dell' orifizio dell' utero, e continuano finchè questa parte è sufficientemente dilatata in modo da permettere una più completa protuberanza delle membrane. Questa viene ad aver luogo quando l'orifizio dell' utero è aperto ed ha circa un dito di diametro, ed in tal caso le membrane che racchiudono l'umor dell' amnios saranno in ciascun dolore spinte in avanti a traverso l'apertura circolare dell' utero, ed il bordo estremo del muso di tinca sarà egualmente compresso fino alla perfetta distensione della borsa delle acque, che in tal caso fa le funzioni di un cono.

Quando questo cono comincia ad essere attivo i dolori macinanti o laceranti diminuiscono, e siccome la maggior quantità delle acque accresce il volume della borsa o cono protuberante, cominceranno a sentirsi i dolori espellenti, ed in proporzione che questi divengono più forti si provano minori le inquietudini tra l' uno e l'altro accesso; generalmente anche i dolori sono piuttosto diradati.

Lo stato d' irritazione in cui trovasi l'orifizio dell' utero durante il primo stadio del travaglio del parto, produce molto spesso, per simpatia, quei brividi e quei vomiti dei quali abbiamo digià parlato, e quando i dolori laceranti divengono molto frequenti e forti, allora comparisce generalmente il morale scoraggimento e l' abbandono.

Il primo stadio del parto può considerarsi come terminato quando l'orifizio dell' utero è dilatato alla perfetta estensione di due dita di diametro, purchè la testa del feto sia discesa abbastanza da occupare l' apertura superiore, e margine della pelvi.

Sono tante però le circostanze, che possono concorrere a prolungare questo stadio del parto, specialmente nella nascita del primo figliuolo, che è impossibile di poterne calcolare la durata con un grado di certezza. In una giovine, a pari circostanze è molto più breve, che in quelle che sono un poco avanzate di età, e questa osservazione vale similmente per la durata del secondo, e terzo stadio.

Del secondo stadio

Quando il primo stadio del parto è terminato felicemente, è raro che il secondo presenti molte difficoltà e protrazione nella sua durata; i dolori divengono sforzanti e sono più lunghi, e si rinnuovano le forze, e si accrescono per spingere il feto a traverso la pelvi. Questo aumento di forze è procurato dal diaframma, e dai

muscoli dell' addome, i quali sono messi in azione durante le doglie.

Non è raro che durante i primi periodi del parto la povera paziente debba sentirsi dire dalla sua levatrice, e dalle sue amiche che dee ajutarsi da se stessa, e condiuvare i conati della natura con tutte le sue forze, e la riprensione che essa sarà punita per non rendere le sue doglie proficue. Questo però tende sommamente a mettere la paziente nella più grande smania ed abbattimento, e quando mai l'ostetrico osservi questo, egli dee fare ogni sforzo per impedire una così assurda, ed inconveniente condotta. Il fatto è, che durante il primo stadio del parto gli sforzi volontarii della paziente non sono punto necessarii, nè possono essere utili: mentre anzi tendono ad esaurire le sue forze senza fare il parto. L'azione del diaframma, e dei muscoli del basso ventre, se non si riuniscono tutte le circostanze insieme, è inutile fintantochè l'orifizio dell'utero abbia ottenuto la necessaria dilatazione. Quando questa dilatazione però esiste; l'azione del diaframma concorre potentemente a produrre una maggiore dilatazione, ed a spingere il feto a traverso la pelvi.

Giunte le cose a tal segno la donna non può più trattenere la sua operazione, perchè questo non è tempo di scelta, ma di necessità. Essa è obbligata di concorrere a sollecitare la nascita; Essa stringe avidamente nelle sue mani quel che è in suo potere; e si sforza di fissare i suoi piedi contro un corpo abbastanza resistente; arresta il suo fiato e spinge in basso con tutta la sua forza. Col concorso di queste forze riunite la donna può disimpegnarsi dal secondo studio, il quale può riguardarsi come compito tostochè l'orifizio dell'utero è pienamente dilatato, e la testa del feto è collocata in guisa, che la fronte occupa la concavità dell'osso sacro. Un violento sforzo di vomito accompagna talvolta la doglia; che produce la completa dilatazione dell'orifizio dell'utero.

Qualche volta, nullaostante queste forze, il secondo stadio del parto si prolunga alquanto, a motivo forse della mancanza di una esatta proporzione tra la cavità della pelvi, e la testa del feto; è qualche volta occasionato ancora dalla rottura prematura delle membrane, e perdita dell'umore dell'amnios. O che questo accada infatti spontaneamente, accidentalmente, o a bella posta, produce

sempre una interruzione nei progressi del parto, e ciò perchè più non esiste la borsa delle acque, la quale ha il potere di dilatare delicatamente, stabilmente, ed equabilmente le parti, ed allora la dilatazione dee esser prodotta dalla testa del feto che lentamente modellasi nella forma conica, e la di cui durezza, ed ineguaglianza è molto poco a proposito per tale oggetto. Quando il cono, invece di esser formato nel suo principio dalla borsa delle acque, è formato dalla testa del feto, è pressochè certo che spinge in basso un segmento dell' orifizio dell' utero tra questo, e le ossa del pube, e questa porzione di utero divenendo comunemente turgida serve di ostacolo alla dilatazione, e l' azione dell' utero si aumenta irregolarmente con spasmo, ed acuti dolori.

Se il *segno* non è ancora comparso, egli si mostrerà in questo stadio, e può esser considerato come un accidente di buonissimo augurio, perchè la scarica di queste materie di sangue, e di muceo concorre grandemente a produrre il rilasciamento delle parti della generazione.

Del terzo stadio

In questo stadio la forza delle doglie si accresce, ma generalmente si succedono con più lunghi intervalli a segno che la paziente può talvolta prender sonno per alcuni minuti, ed è sempre refocillante. Dopo ciascun periodo di riposo al ricomparir di ciascuna doglia, si fa una più forte compressione per spinger più innanzi la testa del feto, e per dilatare di più l' orifizio esterno. Il perineo è steso, l' ano aperto, la parte anteriore del retto è spinta in fuori; la donna si immagina di aver bisogno di andare di corpo, e se nell' intestino retto sono contenute delle feccie, queste sono efficacemente espulse. Dopo questo la doglia cessa, la testa si ritira un poco, e la borsa delle acque, se è ancora intiera, diviene flaccida, e la donna torna nello stato di prima. Dopo alcun tempo ritorna un' altra doglia, e sembrerebbe che se la forza fosse sufficiente, fosse atta a far sì che la testa superasse ogni ostacolo che le si oppone; ma la doglia cessa nuovamente, e la testa nuovamente si ritira. Per tal guisa la paziente è obbligata a soffrire, finchè il bor-

do esterno dell'orifizio dell'utero sia sufficientemente dilatato onde permettere il passo alla testa del feto (a).

Durante il secondo, e terzo stadio del parto il polso avrà gradatamente sviluppato maggior frequenza e forza, si sarà accresciuto il calore della cute, e la faccia divenuta intensamente rossa. La fronte è grondante di sudore, e la perspirazione esce talvolta profusamente da tutto il corpo; violenti tremori accompagnano frequentemente gli ultimi dolori, ed al momento, che la testa esce fuori, gli ultimi patimenti sembrano al dilà di ciò, che si può soffrire.

Uscita la testa del feto, la povera paziente prova un completo sollievo dalle sue pene; ma presto le doglie ritornano all'oggetto di espellere le spalle, lo che accade nella seguente maniera. Allorchè la testa del feto è uscita, il di lui mento resta verso il perineo; ma mentre che la testa si conserva in questa posizione le spalle sono in una falsa direzione per poter passare per lo stretto inferiore della pelvi, ed il corto diametro di questa si oppone al lungo diametro delle spalle. Il primo effetto adunque delle doglie è di rivolgere il mento del feto verso la coscia della madre (b). Questo basta per cambiare la direzione delle spalle, per cui prima l'una e dipoi l'altra traversano le parti esterne, e questo spesso mediante alcune doglie, e non raramente con esse viene spinto fuori il rimanente del feto. Qualche volta però sono necessarie due o tre doglie prima della totale espulsione, e così termina il terzo stadio del parto.

Del quarto stadio.

Dopo che il feto è venuto alla luce, insorgono secondariamente i dolori per l'espulsione della placenta. Il

(a) *Altra volta per esprimere il grado di avanzamento della testa del feto che precede di poco la totale espulsione si usò il termine* Coronamento. *Coronata si diceva pertanto quando ne era uscita alla luce circa la metà.*

(b) *Baudelocque osserva che il mento è generalmente voltato verso la coscia destra nel caso che egli chiama prima posizione della testa, ed a sinistra nella seconda posizione. Vedi Appendice n.° 1.*

tempo, nel quale accade questa espulsione è molto vario. Per alcune donne bastano pochi minuti, e per altre passa un'ora e più prima che l'abbiano resa (a). Il dolore, che produce la separazione della placenta è alcune volte così leggiero, che la paziente vi è appena sensibile. In questo caso essa si accorge, nullaostante, della discesa di una qualche cosa per la vagina al momento della separazione della placenta dall'utero.

L'Ostetrico adunque, avendo aspettato dieci, o quindici minuti, o più secondo che egli crederà opportuno dopo l'uscita del bambino, dovrà dimandare alla paziente se essa abbia sentito dolori, o se abbia provato la sensazione dell'uscita di una qualche cosa, e se essa risponde affermativamente a ciascheduna di queste domande, si può supporre che la placenta è espulsa dall'utero, e che si trova libera nella vagina, dalla quale l'ostetrico può ben rimuoverla. Se però introducendo le sue dita per assicurarsi di una tal cosa egli trovasse che la placenta non è completamente separata dall'utero, egli non deve essere altrimenti anzioso nell'accelerare l'estrazione, a meno che vi fossero degli indizj che incomincia ad esistere una gran perdita di sangue.

Siccome però nè la paziente, nè gli assistenti sono pienamente contenti fintantochè non è uscita la placenta, gioverà il fare qualche leggiera pressione sopra l'addome, cioè sopra la regione dell'utero, o confricare delicatamente la parte per eccitare le contrazioni uterine, dal che generalmente si ottiene un pieno successo (b).

REGOLE PER L'ASSISTENZA DEL PARTO NATURALE

I. Il parto naturale dimanda ben poca assistenza per parte dell'ostetrico, ed egli prende certamente un abbaglio se in tutto il corso del primo stadio, ed in gran parte del secondo si avvisa di dare qualche assistenza. La

---

(a) *Il fu Dott. Giovanni* Clark *si diede qualche cura per determinare la lunghezza del tempo che la natura impiegava per effettuare la espulsione della placenta, e trovò dietro un ragguaglio generale che essa impiegava venticinque minuti.*

(b) *Vedi due casi illustrativi del parto naturale nell'appendice n.° 2.*

dilatazione delle parti molli dee essere effettuata dalle doglie naturali, coadiuvata, e diretta dalla borsa delle acque, che graduatamente si introduce a traverso dell'orifizio dell'utero, e della vagina, molto più facilmente e sicuramente che con qualunque altro mezzo artificiale che potesse essere impiegato; così nel corso del travaglio non deve impiegare alcun mezzo per produrre una dilatazione artificiale.

II. Durante il primo, e secondo stadio può esser permesso alla paziente di sedere, stare in piedi, in ginocchioni, o passeggiare come più le piace; quando è stanca dee prendere riposo a seconda delle circostanze o sopra il letto, o il lettuccio; ma non è molto espediente che essa, durante i due primi stadii, resti troppo lungo tempo a giacere.

III. Essa potrebbe esser ristorata di tempo in tempo con una moderata quantità di blaudo, e leggiero nutrimento; possono perciò essere amministrati senza timore il tè, il caffè, la tisana d'orzo, del latte allungato con acqua, i brodi ec. ma la birra, il vino ed i liquori spiritosi, diluiti o no, devono essere proibiti. Eglino sono raramente necessarii, anche quando il terzo stadio è prossimo al suo termine, ma nei primi periodi sono quasi sempre manifestamente dannosi (a).

IV. Se la presenza di un Ostetrico nella camera della partoriente non sia assolutamente necessaria, egli farà molto bene se si trattiene in un'altra stanza; così la paziente godendo di una maggior libertà obbedirà agl'inviti della natura che non possono essere interrotti da alcuna cosa, e si è di già osservato che durante i primi periodi del parto le donne provano un frequente bisogno di orinare.

V. Nei primi periodi del parto converrebbe tenere lubrico il ventre mediante l'olio di mandorle dolci o altro blando aperitivo. Dopochè il travaglio del parto ha fatti molti progressi, se l'intestino retto sia ripieno di ma-

---

(a) Gli assistenti al parto amano frequentemente di dare dell'acqua panata, dell'acqua con sugo di limone o di arancio, ed altri subacidi etc. Siccome in molte circostanze tali cose sono sommamente piacevoli al gusto della paziente, si possono permettere senza alcun timore

terie, bisogna fare dei clisteri, la di cui utilità in quasi tutti gli stadii del parto é così manifesta, che abbiamo motivo di lamentarci che non sieno messi in uso più frequentemente.

VI. Sarà necessario all'assistente di introdurre qualche volta le sue dita nella vagina per poter giudicare dei progressi del parto: ma questo esame non deve esser ripetuto troppo spesso per timore che le parti non vengano ad essere irritate ed infiammate, e bisogna in fine porre ogni attenzione per non rompere le membrane (*).

VII. Lo spirito della paziente deve essere sostenuto da una conversazione di persone amabili, e premurose. I sussurri, o i discorsi misteriosi all' orecchio sono sempre dannosi per le partorienti, e la conversazione sopra materie melancoliche, o dispiacenti dovrebbe essere impedita: ma sopra tutto quei discorsi relativi a casi disgraziati di parto. Un assistente di criterio procurerà di troncare qualunque discorso di tal fatta, e farà similmente ogni sforzo per prevenire le calunniose riflessioni, e le imputazioni che si danno ai suoi confratelli, la di cui reputazione, e carattere, viene troppo spesso maltrattato nelle camere delle partorienti.

VIII. Avanti la fine del secondo stadio del parto la paziente dovrebbe esser collocata sopra il letto convenientemente preparato ed ivi assicurata; e nel corso del terzo stadio, più presto che la testa del feto comincia a sporgere fuori dell' orifizio esterno, o dei pudendi, l'ostetrico deve collocare le sue mani, coperte con una delicata salvietta, in tal maniera da poter prestare un regolare ed egual sostegno al perineo per impedire la lacerazione del medesimo.

IX. Dopochè la testa ha sormontato l'orifizio esterno è meglio aspettare che una, o due altre doglie spingano fuori le spalle, anzi che strascinarle frettolosamente fuori del corpo della madre; tanto più che il distacco della placenta viene sempre ad esser facilitato, quando si permette

---

(*) *Un' altra ragione per non ripeter troppo spesso questo esame si è la facilità con la quale si spogliano le parti molli genitali, mediante tali esplorazioni, di quei mucchi tanto necessarii per renderle più cedevoli, e per diminuire l' attrito che vi produce il passaggio del feto.*

che le spalle sieno spinte fuori naturalmente dalle contrazioni uterine.

X. Dopo che il bambino abbia respirato liberamente, e gridato con forza (*) può farsi la legatura del cordone ombelicale, alla distanza di due dita dall'ombilico, ed un'altra circa un dito più vicino alla placenta, e tagliare il funicolo con un pajo di cisoje tra le due legature (a). Questa operazione non deve esser fatta giammai sotto le coperte del letto. Non è molto tempo che un ostetrico veramente trascurato incluse uno dei piccoli diti del neonato nella legatura, che esso aveva fatta nel funicolo, e tagliò con le cisoje la prima articolazione del dito stesso. Que-

(*) *Si attribuiscono alla troppa fretta che si danno le levatrici di legare il cordone ombelicale non pochi sconcerti. Il Prof.* Palletta *in una sua memoria letta nell'Agosto dello scorso anno 1823 all' istituto delle scienze, lettere, ed arti di Milano, per le sue osservazioni, e pratica, conclude che da questo vizio di legare, e recidere troppo presto il cordone ombelicale abbia origine l'induramento della cellulare dei neonati.*

(*a*) *La legatura del cordone ombelicale è assolutamente necessaria, altrimenti il fanciullo morirebbe di emorragia, e quando è legato negligentemente, o non come conviene, potrà perdere del sangue in una quantità da spaventare. Ma siccome noi ci prendiamo molta premura di legare il cordone ombelicale, ci si potrebbe dimandare come mai gli animali bruti si dispensano da questo in simili circostanze. Un' idea del modo di procedere degli animali si può prendere dalla descrizione di quello che ho veduto in una piccola cagna del Dott. Douglas. Al cominciamento delle doglie le membrane erano spinte in fuori, ed in una doglia o due più si ruppero, ed il cagnolino venne fuori. E' difficile ad immaginarsi con quanta prestezza la madre leccasse le acque, e dopo prendendo il lembo delle membrane con i suoi denti, tirò fuori le secondine, che anche si divorò leccando il piccolo cagnolino, asciugato come essa poteva. Più presto che ebbe finita questa operazione, io lo presi e viddi l'ombilico molto ammaccato e lacerato; nulladimeno, cominciando il secondo parto, io stava più minutamente attento, e più presto che fu venuto alla*

sto accidente non sarebbe accaduto se egli non avesse toccato all'oscuro le parti, che doveva dividere.

XI. Quando il feto è venuto alla luce vengono le doglie per la separazione della placenta; queste generalmente vengono in meno di venti minuti, e la placenta viene spinta allora entro la vagina, da dove è facilmente estratta dall' ostetrico.

XII. Il Chirurgo assistente al parto, avanti di lasciare la sua paziente prenderà per sua costante abitudine 1.° di mettere le sue mani sopra l'addome affinchè possa assicurarsi che tutto quello che era contenuto nell' utero è stato espulso, e che questo viscere è in uno stato sano, e in una conveniente contrazione; 2.° di tastare il di lei polso per non lasciarla in uno stato prossimo allo svenimento, e con una circolazione troppo accelerata; 3.° di esaminare se il funicolo del bambino è legato come conviene per timore che dopo che egli sarà partito non sopragiunga un allarmante emorragia (a).

Possono insorgere delle circostanze durante il processo del parto, che lo rendono più penoso, più ritardato, o più difficoltoso dell' ordinario; che mette perciò la vita della madre in pericolo, o che rende necessaria un' artificiale assistenza. Un tal parto dee esser riguardato come appartenente alla classe Dystocia.

---

luce il piccolo animale, io tagliai l' ombilico. e le arterie gettarono del sangue così profusamente da far temere che la povera bestiuola morirebbe. Io lo consegnai alla sua madre, la quale prese il cordone e lo tenne diverso tempo in bocca, masticandolo e lacerandolo, dopo di che non gettò più sangue; e credo certamente che questa sia la pratica di tutti gli altri animali.

Hunter's Lectures. *MS.* 1752.

(a) *Due casi sono accaduti a mia propria cognizione di bambini che hanno perduta la vita per questo accidente. Uno di questi casi io posso chiamarlo criminosa apatia, ed ostinazione della nutrice che non volle applicare una nuova legatura al funicolo perchè la paziente era stata liberata dalla seconda per le mani dell' ostetrico.*

CLASSE II. DYSTOCIA

Sotto di questa sono compresi quindici ordini

ORDINE I. DYSTOCIA DIUTINA -- *Parto prolungato, o ritardato.*

Sinonimia

Parto naturale n.° 3, *Parto prolungato di* Smellie; *Parto tardo, e penoso di* Watts; *Parto ritardato, e sospeso di* Cooper, *Parto nojoso di* Burns Clas. IV; *Parto difficile, ma naturale di* Hogben; *Dystocia Protracta della Nosologia di* Young *Class. V. Ord.* 17 §. 6.

Definizione

Parto, nel quale si presenta la testa come nell' Eutocia; che è terminato senza pericolo della madre; che è principalmente effettuato dalle doglie naturali: ma che occupa uno spazio di tempo eccedente le ventiquattro ore (a).

Cause

La Distocia diutina si può attribuire comunemente ad una o a più delle seguenti cause; Debolezza originale o accidentale di costituzione della madre, per cui esiste nell'utero inerzia, irregolarità, o parzialità di azione (*Dystocia a debilitate di Sauvages Ord.* 22. §. 1. *Parto tedioso di Burns Ord.* 1.) II. Stato di rigidezza, o difficoltà di dilatazione nell'orifizio dell' utero, e di altre parti spettanti al processo del parto (*Dystocia ab angustia di Sauvages* §. 4. *Parto tedioso di Burns Ord.* 2). III. Piccolezza della pelvi, o piccolissimo grado di distor-

---

(a) *Il Dott. Breen non gli dà il nome di parto tedioso fintantochè non sono scorse trenta ore dal suo cominciamento*. Edimburgh Medical and surgical journal April. 1819 *n.°* 59 *p.* 162.

sione, o inflessibilità dell' osso coccige *Dys. ab angustia di Sauvages*). IV. Straordinaria grandezza del feto, ovvero le ossa della testa non troppo suscettibili di compressione. V. Mostruosa conformazione del feto (*Dyst. a mola foetus di Sauvages*. §. 5. *Parto laborioso per il volume accresciuto del feto di Hamilton*) VI. Distensione estrema dell'utero per eccessiva quantità del liquor *dell' amnios*. VII. Straordinaria spessezza delle membrane corion, ed amnios. VIII. Troppo pronta evacuazione del liquore dell' amnios. IX. Subitanee e violenti affezioni dello spirito. *Dyst. a Pathemate di Sauvages* §. 3). X. Morte del feto (*a Foetu mortuo di Sauvages*. §. 6.) XI. Funicolo ombilicale più corto del naturale, o accidentalmente scortato per essersi avvolto all' intorno del feto.

Il metodo di trattare le donne nel parto ritardato dee dipendere in gran parte dalle cause della difficoltà.

1.

I. *Debolezza originaria o accidentale di abito di corpo della Madre*.

Nell' assistenza di un parto difficoltoso che nasce da questa causa sarà necessario concedere una gran dilazione di tempo perchè le parti si distendano da se stesse. Le forze della paziente debbono essere sostenute, e questo si otterrà meglio con un delicato nutrimento, come le orzate, l' acqua panata, la cioccolata, i brodi di bove, di vitella etc. e quando il polso lo richieda, si può dare ancora un poco di vino.

Conviene tenere aperto il ventre mediante i clisteri, ma se la donna è abitualmente costipata bisogna dare convenienti aperitivi per bocca finchè non sieno comparse le necessarie evacuazioni. Bisogna evitare trattanto di stancare la paziente, prender cura di non tenerla troppo calda o troppo aggravata dal peso delle coperte, cambiare la di lei posizione a seconda delle circostanze, incoraggirla con amorevoli, e franche maniere; promettere un sicuro esito: ma evitare di fissare un periodo per la durata del travaglio.

Se vi è bisogno di riposo possono darsi utilmente da 10 a 20 goccie di tintura d'opio. Più grandi dosi di opio, fino da 6, 8, o 10 grani di estratto d' opio sono state raccomandate in tal sorta di parti lenti, con la ve-

duta di rilasciare lo spasmo, e rettificare l'azione dell'utero: ma dosi così eccedenti non possono esser necessarie che in rarissimi casi, e non sarebbe mai una pratica sicura (a).

Il borace, ed alcune altre medicine, nelle quali si è supposto esistere una special virtù di accrescere la forza espulsiva dell'utero sono state raccomandate in questi casi: ma il principal benefizio che ne è resultato è nato probabilmente dalla credenza accordata loro dalla paziente, che queste cioè le potessero fare del bene. Così postosi in calma lo spirito si viene ad accordare alla natura quel tempo necessario perchè operi da se stessa tranquillamente; con questa veduta alcuni leggieri tonici, o carminativi possono essere amministrati vantaggiosamente, come alcune goccie di spirito volatile di corno di cervo, o di spirito di lavendula composto, o di liquore anodino in un giulebbe canforato, o nell'acqua di menta. Uno spicchio d'aglio introdotto nell'intestino retto per accrescere in tali circostanze la forza espulsiva è stato molto raccomandato: ma io non ho fatto giammai questa prova.

Vi è molta ragione di credere, che la *segala cornuta* abbia una grande azione sopra l'utero per accrescere la sua forza espulsiva, e tanta in vero che può esser compromessa qualche volta la vita del feto (b) (*).

(a) *Tre casi sono occorsi, tra quelli che conosco in proprio, nella pratica dell'ostetricia, nei quali essendo stato dato il laudano troppo liberamente, nacque l'intiera sospensione dell'azione dell'utero, e fu necessario di ricorrere agl'istrumenti per effettuare il parto, e questo, io credo essere accaduto perchè il laudano fu dato senza criterio, nel tempo cioè in cui le doglie, state per lungo tempo lente, incominciavano appunto a divenire efficaci. Ciascuna di queste pazienti aveva preventivamente preso il laudano per diminuire le pene spurie, ed in conseguenza di ciò aveva ottenuto molta calma e riposo.*

(b) *Vedi l'appendice n.° 3.*

(*) *Saranno aggiunte all'appendice quelle osservazioni atte a far conoscere come può farsi uso utilmente della segala cornuta, senza compromettere la vita del feto.*

2.

II. *Stato di rigidità o difficoltà nella dilatazione dell' orifizio dell' utero.*

In un travaglio del parto di tal sorta la nostra maggior risorsa consiste nell'aspettare tutto dal tempo. I dolori laceranti dureranno frequentemente 12 ore, 18, 24, ed anche 36, e mentre questi continuano bisogna parlare di essi come se fossero i dolori preparanti, e non come le vere doglie del parto. Quando il rincrescimento degl' importuni patimenti delle doglie impedisce la paziente di prender riposo, si può dare una discreta dose di Laudano (a). La paziente tenga a preferenza una positura eretta: ma prenda cura di non esaurire le sue forze; eviti qualunque cosa che è capace di produrre la febbre; sia la sua dieta parca e semplice (b). La sua bevanda può

(*a*) *Gli avvertimenti che dà il Dott.* Breen *relativamente all'uso dell'opio nel parto coincidono con le mie proprie esperienze. Egli dice = che dee essere una regola universale di non amministrare mai l'opio nel parto a meno che sia stato preventivamente purgato il ventre =* Osserv. sopra il trattamento dei parti penosi. Giornale med. chir. di Edimburgo Aprile 1819 = Smellie *riferisce un caso piuttosto interessante dell' inconveniente amministrazione dell'opio* Coll. *xlix* Caso 2. (*).

(*) *L' autore fa conoscere in queste sue annotazioni quanto mai egli sia persuaso della niuna convenienza degli oppiati in queste circostanze: ma non ha voluto nella sua opera affrontare apertamente la dannosa abitudine, che sembra regnare in alcuni Ostetrici Inglesi di ricorrere a questo rimedio, che non credo potersi amministrare giammai con vantaggio in tali casi.*

(*b*) *Il Dottor* Hunter *soleva dire nelle sue lezioni = Io ho aspettato in una paziente tre giorni, e tre notti, e tutto il quarto giorno senza pericolo; la donna era storta, ed il feto ben grosso, essa visse in tutto questo tempo col tè, e con il gruel solamente. Se il Dottore avesse dato a questa paziente i cordiali, e gli stimolanti con la veduta di sostenere le forze non è probabile che il parto fosse terminato così favorevolmente. =*

esser semplice tè, o acqua e latte, ovvero orzata, ed evitar dee le bevande così dette cordiali, e stimolanti.

Bisogna fare molta attenzione però allo stato della vescica affinchè non soffra un'eccessiva dilatazione; tenere aperto il ventre per mezzo di clisteri, di olio di mandorle dolci, o di qualche sale sciolto in conveniente liquido (a).

Le fomentazioni all'addome sono state raccomandate, e sono state messe alla circostanza estesamente in uso: ma io non ho da esse ottenuto notabili vantaggi (b). L'introduzione del vapore dell'acqua calda, che si può ricevere sedendo è riescito alcune volte proficuo, e questo forse in gran parte per il cangiamento di posizione, che la donna è obbligata a prendere per sopportarlo (*).

(a) *Nei casi di parto ritardato, specialmente se i dolori restano sospesi,* Mauriceau *soleva amministrare una infusione di due dramme di sena in un poca di acqua acidulata con il sugo di arauci di siviglia, e due ore dopo da che era stata presa questa bevanda introduceva un clistere stimolante, così che per gli effetti combinati di questi due rimedj giungeva ad ottenere i maggiori vantaggi. Si è creduto che la proprietà che hanno la sena, ed il sugo di aranci di dare dei dolori quasi colici fosse atta a portare uno stimolo all'utero, onde si riattivasse l'azione del medesimo mediante la simpatia che ha con gl' intestini. Io ho esperimentato più volte questo metodo con buon effetto: ma non posso asserire se una dose di sale, o di olio di mandorle dolci non potessero procurare egual successo. La pratica certamente di dare degli aperitivi per bocca è spesso in uso durante il travaglio del parto, ma principalmente nelle donne, che sono abitualmente costipate.*

(b) *Le fomentazioni sembrano atte ad arrecare qualche vantaggio particolarmente durante i grandi dolori alla regione del pube, ai pudendi, ed al perineo* Power's Midwifery pag. 221.

(*) *L'una e l'altra di queste due pratiche esigerà sempre somma cautela, poichè l' uso prolungato delle medesime può dar luogo ad una tale rarefazione del sangue, la di cui circolazione non è totalmente libera, e quindi a delle emorragie manifeste, ovvero occulte.*

Alcuni ostetrici hanno gran desiderio di introdurre del grasso, e degli unguenti con la veduta di procurare il rilasciamento delle parti; ma questa pratica non può esser mai buona, a meno che la rigidità sia limitata alla vagina, o alle parti esterne, nel qual caso può ripetersi con vantaggio. Il miglior metodo di mettere in uso l'applicazione degli untumi in tali casi si è di avere un buonissimo sevo raschiato e ridotto in una palla della grandezza di una noce moscada, e di portarla colle dita nella parte più alta della vagina, da dove gradatamente disciogliendosi si sparge su tutta la superficie di essa. Ciò riesce ottimamente in quei casi nei quali il muco naturale delle parti o non è convenientemente separato, o è stato accidentalmente, ed incautamente disperso.

Gardien, ed altri ostetrici Francesi iniettano dei liquidi mucillagginosi, come l'infusioni di altea, o di semi di lino, nella vagina; e quando vi è bisogno di muco naturale, e vi è molto calore con morbosa sensibilità nella parte, posso raccomandare questa pratica come convenientissima. *Rueff* il quale pubblicava la sua opera nel 1554 raccomandava d'introdurre una composizione di olio e di chiara di ovi (a).

Nei casi di gran rigidità delle parti, e particolarmente quando vi è una disposizione alla febbre o all'infiammazione, l'emissione di sangue raccomandata di poi grandemente da *Moriceau* e da altri autori, è stato un efficace compenso, ed è spesso di un grandissimo soccorso. Questa pratica è stata molto estesa in America, ove alle donne si cavano da 20 a 50 e più oncie di sangue alla volta, con la veduta, e con l'effetto di produrre un generál rilassamento, e conseguentemente una più pronta dilatazione dell'orifizio dell'utero, e delle parti esterne. Ma di questo, come accade di altri efficaci rimedj, si è fatto uso talvolta con tale eccesso, che ne è venuto molto

---

(a) *Si dice che* M. Montain *ha inventato un istrumento per portare l'olio, o altro fluido mucillagginoso all'intorno della testa del feto nei casi nei quali il passaggio a traverso le parti molli è reso difficile per l'aridità delle medesime. Questo è descritto come una tenta piana, o catetere piegato a guisa di forceps.* Journal general de Médécine Vol. 58 pag. 217.

danno alle pazienti durante il travaglio del parto, ed il loro ripristinamento in salute è stato molto ritardato, e qualche volta messo grandemente in forse.

Un ostetrico di Parigi vantava ultimamente di insegnare un segreto, mediante il quale qualunque donna sebbene deforme, poteva facilmente sgravarsi. Questo metodo consisteva nel dare alla partoriente un emetico, ed egli sperava che il violento sforzo del vomito contribuirebbe grandemente a spingere il feto a traverso la pelvi. Fù ben tosto scoperto che questo metodo era onninamente inefficace nei casi di distorsione, ed egli fù perciò obbligato a restringerne l' uso ai casi di lento travaglio con buona conformazione della pelvi: ma anche in questi casi non sembrò che un tal metodo conducesse ad ottenere grandi vantaggi (a), ed io credo che al presente sia raramente impiegato (b). Colla stessa veduta di produrre il rilasciamento delle parti è stato raccomandato l'uso dei bagni caldi. Ciò fu provato dal *Dott. Smith* in America, ma siccome un' eccessiva emorragia ne era spesso la conseguenza, così questa pratica fu abbandonata. *Gardien*

(*a*) *Vedi* Gardien *Traité d' Accouchemens T. II. pag.* 273.

(*b*) *Il vomito vantato dall' Empirico Parigino come un nuovo rimedio durante il parto è in sostanza uno dei più antichi. Sono più di duecento anni che ne fece menzione* Riverio *avvertendo i Medici sull' uso inopportuno del medesimo. Il fu Dott.* Lodwer, *uomo di estesissima pratica dice „ che ha spesso riconosciuto proficuo il vomito nato spontaneamente, ma che ha trovato raramente utile l' esibizione dell' emetico, quantunque egli lo abbia veduto usare frequentemente „.*

Alcuni scrittori hanno raccomandato per accelerare il parto dei rimedj molto schifosi. Se così orribili pietanze furono mai messe in uso, ciò fù probabilmente per indurre la nausea, ed il vomito. Hartman *dice = apud pauperes vidi saepe partum difficilem solvi haustu urinae mariti. Sic stercus equinum in vino expressum et percolatum subito foetum, et secundinam expellit =* Sara Stone *Levatrice, che pubblicò molti casi nel* 1737, *rammenta diverse circostanze di donne sopra parto, alle quali si dava il sugo di porri mescolato con l' or*[illegible] *dei loro mariti per rendere più forti le di loro d*[illegible]

pensa che questo accidente possa esser prevenuto col ricorrere all'emissione di sangue prima di far uso del bagno caldo, ma sembra che egli non parli per esperienza. In quanto al rilasciamento delle parti molli, io ho certamente veduto dei buoni effetti prodotti dal semicupio. Per ottenere il rilasciamento, e consequentemente la dilatazione dell' orifizio dell' utero, si raccomandavano in America i clisteri di tabacco: ma gli allarmanti sintomi che seguivano in ciascun caso in cui venivano impiegati, saranno bastanti, io spero, a dissuadere che venga ripetuto un tale sperimento (a).

3.

III. *Piccolezza della pelvi.*
IV. *Straordinaria grandezza del feto:*
V. *Mostruosa conformazione* (*b*).

Il trattamento della *Dystocia diutina*, che procede dall'una o l' altra di queste cause, dee essere presso a poco lo stesso. E' soprattutto necessario di affidarlo al tempo. Se si abbia ogni cura di allontanare le cause di febbre e di infiammazione, e di impedire che la paziente perda le sue forze in infruttuosi premiti, il travaglio potrà esser prolungato per molte ore senza pericolo, ed in fine la testa del feto, potrà essere, mediante considerevole allungamento e compressione di essa, spinta attraverso la pelvi, e così può venire alla luce vivente il bambino, ed ottenersi dalla madre una buona guarigione.

4.

VI. *Distensione estrema dell' utero* (*c*).
VII. *Densità straordinaria delle membrane* (*d*)

La *Dystocia diutina* è stata frequentemente ascritta all' una, o all' altra di queste cause, ma spesso senza suf-

---

(*a*) *Vedi* A Essay on the Means of lessening pain, and facilitating certain Cases of difficult Parturition. By W. P. Dawees, M. D. 1806, *ed il* Medical and Physical journal vol. xviii.

(*b*) *Vedi l'Appendice IV*. (*c*) *Vedi l'Appendice V*.
(*d*) *Vedi l' Appendice VI*.

ficienti ragioni. Quando un eccedente quantità dell'umor dell'amnios o una somma densità o grossezza delle membrane è realmente la cagione del prolungamento del travaglio, il più ovvio rimedio è la rottura delle membrane medesime: questa pratica però dimanda delle grandissime cautele, perchè se questo romper le membrane non arreca manifesta utilità, è quasi sempre cagione di grandi inconvenienti, accresce la tribolazione della paziente, e non di raro mette tanto essa quanto il feto in stato di pericolo (a). Si può perciò stabilire come una regola, la quale ammetterà pochissime eccezioni, che le membrane cioè non debbono esser rotte artificialmente.

1. Mentrechè la testa del feto o una porzione di essa è presso il margine inferiore della pelvi.

2. Mentrechè l'orifizio dell'utero non è dilatato, o è in stato di rigidità.

3. Mentrechè il perineo si trova ancora in stato di molta densità o resistenza e rigidità. — Queste regole debbono essere sopratutto osservate in quelle donne, che partoriscono per la prima volta (b).

5.

VIII. *Troppo pronta evacuazione del liquore dell' amnios.*

La rottura delle membrane accade qualche volta spontaneamente senza alcun precedente segno, o senza determinata causa. Quando questo avviene, le acque escono generalmente dall'utero in piccola quantità a poco a poco,

---

(*a*) *Vedi l' Appendice VII.*

(*b*) *Sono stati immaginati diversi istrumenti ad oggetto di procurare la rottura delle membrane, quando questa sia stata trovata espediente; tra gli altri la cannula con una lancetta ascosa entro la medesima, e con delle punte da mettersi in azione toccando una molla: ma certamente che tali strumenti sono peggio che inutili, perchè possono fare del male. Quand' anche divenga realmente necessaria la rottura delle membrane, e le unghie delle dita sieno insufficienti, può essere introdotta una tenta, la quale non mancherà*

rendendo la donna bagnata e malcontenta di se. Questo è chiamato scolamento delle acque, e siccome l'utero non si mette in azione, prima che tutto l'umor dell' amnios sia scolato, così avviene frequentemente che passano 24, 48 e più ore prima che si sente dalla paziente una delle vere doglie del parto. Quando poi il travaglio del parto incomincia a mostrarsi in tutta la sua forza, è spesso terminato con egual sicurezza, come se questo accidente non fosse accaduto: generalmente però i dolori sono più forti, e pungenti (a). Pochissimo potrà farsi in questi casi dall'assistente al parto al di là di seguire le regole che sono applicabili nei casi di rigidità delle parti molli (pag. 24).

Conviene di esaminare per la via della vagina subito dopo che le acque sono cominciate a cadere, per poter riconoscere la condizione dell' orifizio dell' utero, ed il modo di presentarsi del feto. Se l'orifizio dell'utero si trova serrato e duro passeranno molte ore prima che giunga il travaglio del parto; se sia assottigliato ed aperto, la vagina fresca, umettata e dilatabile, può aspettarsi più prontamente il parto. Se poi il feto fosse ritrovato in una situazione preternaturale bisogna tornare a visitare la paziente (**), e dare ordine espresso ai circostanti di far venire l'ostetrico, tosto che incominciano le doglie del parto.

E' stato proposto d'introdurre un dito tra l'orifizio dell'utero, e di sollevare la testa del feto, per favorire

---

mai di produrre l' effetto. Stabilita poi la convenienza della rottura artificiale delle membrane, dee esser fatta sempre nel tempo che sopraggiunge una doglia (*).

(*) *L' introduzione di una tenta è una operazione che non mancherà di effetto per lo scolo delle acque: ma la necessaria rottura delle membrane troppo dense sarà per questo più facile in seguito quando non si ponga attenzione ad estendere la lacerazione prodotta dalla tenta appoggiando contro il corpo della tenta con il dito che l' accompagna una porzione delle membrane medesime ?*

(a) *Vedi Appendice VIII.*

(**) *Dice l'autore tornare a visitare frequentemente la paziente. Pare però che una volta riconosciuto se la parte del feto che si presenta all' orifizio dell' utero è*

l più pronto scolamento delle acque: ma questo non può effettuarsi se non quando l' orifizio dell' utero è molto dilatato, ed è allora raramente necessario.

6.

IX. *Subitanea e violenta affezione dello spirito.*

Le persone dell' arte di tutti i tempi sono d' accordo a confessare che l'azione dell'utero è grandemente modificata dallo stato dell' animo. Si trovano prove di questo in molti repertorj medici, ed il fatto ci si presenta spesso in molte altre circostanze della vita. Bisogna perciò considerare come una cosa di molta importanza, che l' animo della partoriente sia posto per quanto è possibile in calma e tranquillità (a).

7.

X. *Morte del feto.*

Questa non è una cagione per cui il parto debba esser necessariamente ritardato: ma l' affezione che soffre la madre, di qualunque natura essa sia, per motivo della morte del feto, rende possibile il ritardo del parto. Senza di ciò terminerà felicemente, seppure la grandezza del feto non sia accresciuta dalla putrefazione (b), e per

---

tale che il parto per le sole forze della natura non può effettuarsi, le ripetute visite fatte da persone che non fossero quelle cui è permesso di operare, ma soltanto a raccogliere i parti, altro non potessero arrecare, fuorchè maggior pena, e scoraggimento alla paziente, ed un tale inconveniente ha luogo non di rado ove si tratta che il parto sia assistito dalle levatrici, non sempre istruite o penetrate dai propri doveri.

(a) *Vedi Appendice IX.*

(b) *Quando il feto dopo la morte passa alla putrefazione, ed enormemente si dilata per lo sviluppo e rarefazione dei gas, la uscita del medesimo trova degli ostacoli: pure la difficoltà non nasce propriamente dalla morte del medesimo, ma dall' aumentato volume.* Bland. Description of the fever.

questo motivo il parto è divenuto qualche volta incommodo e pericoloso (a).

8.

XI. *Funicolo ombilicale troppo corto.*

La cortezza del funicolo ombelicale sarà raramente causa del ritardo del parto, finchè la testa sia prossima a passare nelle parti esterne; può però servire d' impedimento alla nascita del feto ritirandolo in alto dopo ciascun dolore. Non sempre però affermeremo che il ritiramento della testa è prodotto dalla cortezza del funicolo, perchè la reazione o contrazione delle parti molli specialmente nel primo parto occasiona alla testa un maggiore o minor grado di ritiramento. La dilazione del parto occasionata dalla cortezza del funicolo ombelicale sarà superata generalmente dalle sole forze della natura (*). Il parto in questi casi è stato facilitato talvolta dal cangiamento di posizione della donna.

Se, dopo venuta fuori la testa del fanciullo, l'uscita delle spalle restasse impedita dall' essersi avvolto il cor-

---

(a) Ho conosciuto due casi di rottura della vagina, nata per la temeraria precipitanza delle levatrici, le quali tirarono fuori a viva forza i feti enormemente tumefatti a cagione della putrefazione. In un caso la vagina fu completamente spaccata in mezzo, e l' una e l' altra madre morirono in poche ore. Se il ventre dei feti fosse stato punto per dare uscita all' aria questo fatale accidente sarebbe stato allontanato.

(*) Quelle persone che sono destinate ad assistere i parti non debbono dimenticare che, dall' essere il cordone ombellicale troppo corto, possono sopraggiungere altri due gravissimi inconvenienti, lo strappamento cioè del funicolo (vedi Mauriceau *ultime osservazioni. Osserv. CXLIII.) ovvero il prematuro distacco, totale o in parte, della seconda. Il tirare pertanto il feto con poca cautela, o il portarlo troppo lungi dal corpo della madre, come ho veduto praticare, specialmente alloraquando si fanno partorire le donne nella sedia, renderà l' assistente colpevole in gran parte di tali disgrazie.*

done ombellicale all'intorno del collo del feto, è stato raccomandato d'introdurre un pajo di cisoje per dividere il funicolo, e rendere in questa guisa la libertà alle parti. Una tale operazione può talvolta essere espediente, prendendo sempre molta cura per non cadere in qualche grave fallo: ma convien rammentarsi che il Dott. Denman asserisce un caso di morte del feto, il di cui funicolo era stato reciso per simile accidente (a).

Tra le cause di parto difficile sopra accennate si dee annoverare quel parto ritardato, accaduto per motivo della poca avvertenza dell'assistente nel trattamento dei diversi stadii, interrompendo così il naturale avanzamento del medesimo (b). Questo imprudente trattamento può aver luogo in varie maniere, e particolarmente 1.° Col dare dei cordiali e delle bevande forti' o corroboranti, dietro la falsa idea di sostenere le forze della paziente; 2.° Col tenere la camera troppo calda, e priva di aria. 3.° Col permettere che la paziente resti in letto troppo tempo. 4.° Col permettere una gran comitiva di persone che stancano la paziente con le loro ciarle e bisbigli. 5.° Col pressare la donna a sforzarsi di mandar fuori il parto quando le parti molli non sono bene dilatate. 6.° Coll'imprudente, ed impotente presunzione di ajutare o facilitare il parto. 7.° Col rompere le membrane innanzi tempo. 8.° Col permettere che la vescica

---

(a) Introduction to Midwifery.

(b) *La Mammana, o Levatrice dee soprattutto avvertire di non spingere la donna nel travaglio prima che il parto sia avanzato e si mostri da se stesso. Ogni sforzo avanti il tempo è vano, ed il parto resta quello che era; ed in questo caso scorre molto tempo durante il quale le parti affaticate così sensibilmente ed inopportunamente, fanno sì, che quando dovrebbero impiegarsi daddovero, il vigore e la forza della paziente essendo stata inutilmente perduta per lo innanzi, essa non sia più capace di ajutarsi da per se stessa, e si trovi conseguentemente in caso di pericolo. Questo avvertimento dato dall'abile* Richard Jonas *nel* 1540 *merita, disgraziatamente, di esser ripetuto anche ai nostri tempi.*

resti troppo distesa (a). 9.° Col non favorire opportunamente le escrezioni ventrali.

Ogni volta che per qualcuna di queste cause resta impedito o sospeso il parto è dovere dell' ostetrico di rientrare nel buon cammino, e di sforzarsi a mettere la paziente in quel tale stato nel quale sarebbesi trovata, se egli non avesse indiscretamente adottata o permessa qualcuna di queste dannose pratiche. Le regole digià date per il *parto prolungato o ritardato*, quando accade per cause naturali, saranno applicabili ai casi di difficoltà prodotta da cause artificiali.

Gli esempj di *Dystocia diutina*, compreso il primo egualmente che gli altri parti accadono così spesso, come *un caso ogni trenta*: ma è difficile di formare un esatto calcolo (*). Eglino però sono più comuni nel parto del primo figlio che negli altri (b). Da quello che si è osservato relativamente a questa sorte di parti si rileva 1.° Che molte cause possono produrre la Dystocia diutina. 2.° Che in tutti questi casi dee aver luogo una gran dilazione. 3.° Che frequentemente si faranno ben pochi progressi quantunque il travaglio abbia continuato per molte ore. 4.° Che qualche volta prima che il parto sia terminato scorreranno parecchi giorni, senza che sia impedito di terminare felicemente per la madre e per il feto,

---

(a) *Questo forma il* parto complicato *Classe 7. ord. 6 di* Burns.

Chapman *nel suo 40° caso ci offre la storia di una povera donna che morì senza poter partorire, in conseguenza di una eccessiva distensione della vescica.*

(*) *Tra le abitatrici delle città, ed in quella classe specialmente che vive nella mollezza questa disgrazia è ancora più frequente di quello che sia nelle donne della campagna, ed invigorite da una discreta fatica. Il parto infelice della defonta Principessa Carlotta, unica figlia del Re Giorgio IV. si attribuisce, in gran parte da tutta la Nazione Inglese, alla vita estremamente sedentaria, che la medesima condusse per tutto il tempo della gravidanza.*

(b) *Di 226 Donne considerate nel loro primo parto, posta naturalissima la presentazione del feto, ed*

senza artificiale assistenza (a). Bisogna nullaostante rammentarsi che non tutte le donne sono egualmente capaci di sopportare patimenti così prolungati, come talvolta accade in quest' ordine di Parti.

Può accadere che alcuni casi di *Dystocia diutina* sieno talmente prolungati da condurre la paziente in uno stato di sfinimento, che la priva del potere di spinger più oltre i suoi sforzi. Quando ciò accade, il caso non appartiene altrimenti all' Ordine *Dystocia diutina*, ma entra nel seguente.

---

il termine del parto totalmente felice senza straordinaria assistenza,

181 — *furono casi di Eutocia dei quali*		
111 *si compirono entro le*	12	*ore*
70 *tra le* 12 *e le*	24	*ore*
45 — *furono casi di Dystocia diutina dei quali*		
12 *furono compiti tra le*	24 *a* 30	*ore*
16 — — — — —	30 *a* 40	
7 — — — — —	40 *a* 50	
5 — — — — —	50 *a* 60	
3 — — — — —	60 *a* 70	
2 — — — — —	70 *a* 80	

Tutte le sopradette donne si ristabilirono perfettamente dopo il loro puerperio, e tre feti soltanto perderono la vita nel corso del parto. In uno di questi casi in cui morì il bambino, la madre restò in travaglio sole 20. *ore., in un altro la madre vi restò* 48. *ore*, *e* 68. *nel terzo. Altri otto feti nacquero morti, ma si vidde chiaramente che erano morti parecchj giorni avanti che incominciassero le doglie.*

(*a*) *I parti sono resi tediosi o dall' indebolirsi le forze espulsive della madre, o dall' aumentarsi la resistenza al passaggio del feto. Dopo che è venuto in uso il mettere le donne sopra parto in una fresca atmosfera, di impedir loro di fare degli sforzi volontarj, durante la dilatazione del* muso di tinca, *o di sostenerle con delle cose blande, anzichè con il nutrimento o con le medicine stimolanti, le forze della costituzione mancano raramente nell' espulzione del feto, ove non siavi material difetto di conformazione nella pelvi* -- Clark, Estratto del registro dello spedale delle partorienti di Dublino.

5.° Disposizione ad un tranquillo sonno negli intervalli delle doglie. 6.° La mancanza della febbre o dell'infiammazione. 7.° La vagina e la bocca dell'utero che si mantengono fresche ed umide. 8.° La facoltà che ha tuttora la paziente di rendere l'orina; e mentrechè sussistono tali condizioni, il parto può esser sicuramente affidato alla natura (*).

---

na, e non essere il prodotto della coscienza dell' abbattimento delle proprie forze; di un vero malessere maggiore che in altre simili circostanze, e finalmente la mancanza di questa favorevole condizione ha una significazione sempre dipendente dalla mancanza o presenza di tutte o della maggior parte delle altre qui rammentate.

(*) *Esistono tante prove delle forze della natura che, quando mancano i sintomi di distocia anenergica, sarebbe imprudenziale il prendere qualunque misura suggerita dall' arte per accelerare il parto. Ho conosciuto alcune Donne che hanno avuto i dolori preparanti per tre, per quattro, ed una per otto giorni continui, ed il parto è terminato, ciò nullaostante, felicemente per la madre e per il feto. Si sa che l' utero gode di una facoltà contrattile sua propria da esser capace di espellere il feto anche dopo la morte della Madre. Uno dei fatti più sorprendenti di tal natura si legge nel N.° LXXXIII. del Giornale Medico-Chirurgico di Edimburgo. Il caso è dato per estratto alla pag. 431. in questi termini*=Espulsione del feto dopo la morte della madre. Dal Prosettore Herrmann di Berna—*Nel terzo giorno dopo la morte di una giovine donna che era nel sesto mese della sua gravidanza, la donna che ne stava alla guardia sentì un forte romore proveniente dal cadavere. Fu chiamato immediatamente un medico, il quale, al suo arrivo, trovò che la morta aveva partorito due gemelli, racchiusi in una membrana tuttora intiera, senza indizio di putrefazione. La placenta sola fu quella che mostrò di essersi risentita degli effetti della putrefazione. Nullaostante la nascita dei feti, l' addome restò disteso e coperto di macchie pavonazze per essersi molto avanzata la putrefazione*=(*Vedi ancora* Annali Universali *dell'* Omodei *T. VI. pag.* 251. *e l' interessantissima dissertazione del* Cav. Meli *sulle* proprietà

Sintomi o condizioni svantaggiose che indicano mancanza di forze, ossia della Dystocia anenergica.

1. Forti accessi di rigori di freddo che non hanno alcuna connessione con la dilatazione della bocca dell'utero, o col passaggio della testa nell'orifizio esterno (vedi pag. 13.) 2.° Vomiti frequenti e costanti dopochè l'orifizio dell'utero è grandemente dilatato. 3.° Sopravvenienza della febbre indicata da polso celere, da lingua sporca, da pelle secca e calda, e da gran sete. 4.° Grande inquietudine o agitazione. 5.° Angustie e turbamento dello spirito. La disposizione in tal caso a piangoleggiare, ed a lamentarsi continuamente è stata considerata come uno spaventevole sintoma. 6.° Mancanza della vera azione uterina, quantunque vi possono essere delle doglie irregolari ed infruttuose, lo che, quando accada dopo molte ore di travaglio, è sempre un cattivo indizio (a) 7.° Gran calore, e morbosa sensibilità nella vagina, e nell'orifizio dell'utero. 8.° Scarico di materie dall'utero di cattivo colore, e di cattivo odore allo stesso tempo. 8.° Continui e violenti dolori all'ombellico con sensibilità grande, che si accresce per la compressione. 10.° Vaneggiamento o subdelirio. 11.° Polso frequente e debole, o che diviene gradatamente più basso. 12.° Sudori vischiosi. Il pericolo in cui trovasi la paziente è in proporzione del numero ed intensità di questi sintomi. E' però un dovere dell'assistente di combattere con i convenienti rimedj ciascheduno

---

vitali dell'utero gravido ec. *Milano* 1821.) *Nullaostante questi esempj però, allora quando più d'una sono le cause del parto ritardato, e vi sono delle ragioni da temere il passaggio dal primo nel secondo ordine, mi sembra conveniente il ricorrere a quei mezzi riconosciuti utili per un lato, e non allarmanti per la madre e per gli assistenti, come la rottura delle membrane nei casi, e nelle circostanze sopra indicate* pag., *e l'amministrazione della segala cornuta, senza aspettare la sopravvenienza della maggior parte, o di tutti i sintomi della Distocia anenergica, i quali dopo le ottanta ore da che le doglie si sono manifestate con frequenza, possono comparire tumultuariamente, ed indurre un eccessivo scoraggimento e la necessità dell'operazione.*

(a) *Quantunque una considerevol diminuzione nella forza e nella frequenza delle doglie del parto, o anche*

di questi sintomi, tostochè comparisce; ma quando se ne presenta più d'uno alla volta senza l'intervento dell'arte, giunto a tempo per effettuare il parto, ne verrà la morte, della madre egualmente che quella del feto.

L'assistenza da apprestarsi sarà il più delle volte quella dell'applicazione del forcipe, per cui, eccettuati i casi di distorsione della pelvi, la testa del feto sarà portata in basso abbastanza da permettere di sentirne le orecchie, prima che le forze della paziente siemo affatto esauste (*).

Ordine III. Dystocia Perversa
Storta presentazione della testa

Sinonimia

Parto naturale N.° 2. di Smellie. *Varietà del parto naturale di* Denman. *Parto preternaturale Clas.* 3. *Ord.* 5. *di* Burns. *Parto non naturale di* Bland.

Varietà delle cattive posizioni della testa

Alcuni francesi autori di trattati di ostetricia contano più di venti varietà di cattiva posizione della testa: ma sembrami sufficiente per la totalità dell' oggetto di ridurle a tre sole. 1. Fronte inclinata verso il pube. *Vertex cum facie antrorsum rectus, vel obliquè versus ossa pubis spectante*

---

una temporaria interruzione delle medesime nel principio del travaglio, o tra le ventiquattro ore dopo il suo incominciamento, non ci debba indurre a ricorrere ai mezzi dell'arte, pure se la stessa circostanza osservasi nel fine del terzo o del quarto giorno, dee somministrare un forte argomento della totale incapacità del potere della natura di compiere l'espulsione del parto senza l'assistenza dell'arte. Osborn 's Essays pag. 7.

(*) *E' necessario rammentarsi che una delle cagioni della distocia anenergica si è l'abuso che si fa tal volta del salasso nelle donne dopo incominciate le do-*

rectus di Plenk. II. Presentazione della faccia *Facies praevia* di Plenk, *presentazione faciale* di Perfect. III. Posizione della testa alterata dalla discesa contemporanea nella pelvi di una mano o di un braccio. *Vertex cum manu praevius* di Plenk.

1. *La presentazione della testa con la fronte inclinata verso il pube* è una delle più communi tra le posizioni storte della testa. Il modo però con cui la testa si presenta, non è sovente riconosciuto nel primo esame, forse perchè l'ostetrico, essendosi assicurato che la parte la quale si presenta è la testa, mette poca attenzione ad esaminare se sia la posizione precisa della medesima. Divenendo non pertanto il travaglio molto più penoso e prolungandosi più di quello che non si credeva, perchè in questa posizione non può prontamente adattarsi al cavo della pelvi, allora egli s'induce a fare un più attento esame, ed a riconoscere perciò la storta posizione dai seguenti segni, o caratteri; cioè 1.° La parte che si presenta non è abbastanza conica nel punto ove corrisponde all' arcata del pube. 2.° Le ossa non sono addossate l'una sopra l'altra 3.° I tegumenti della testa non formano prontamente nella cavità della pelvi un cuscino. 4.° La cavità dell'osso sacro non è completamente riempita dalla testa del feto. 5.° Si sente la fontanella anteriore verso

---

glie, o quando si fa per una cieca abitudine in tutti i casi di parto ritardato, senza esaminare quale sia la cagione dello staordinario indugio. Sono stati esposti alla pag. 8. *alcuni dei principali segni indicanti la necessità della flebotomia. Siccome però in alcuni casi si fa l'emissione di sangue senza troppo curarsi della diloro esistenza, ma solo per evitare qualche precipitosa emorragia uterina comparsa in seguito di qualche parto precedente, ovvero per evitare lo spurgo sanguigno affeciatosi altra volta durante il parto, trovo sano consiglio di non oltrepassare nella sanguigna le quattro o cinque oncie di peso, ed astenersi totalmente dal ripeterla tutte le volte che, in seguito della medesima, le doglie divengono più rare, e meno intense.*

la sinfisi del pube (a) 6.° La sutura sagittale che va inclinando verso la parte posteriore della pelvi.

Questa sorta di parto non è generalmente delle più intrattabili. La testa può trattenersi più dell' ordinario nel passare a traverso la pelvi; ma se questa è ben conformata, e le doglie sono forti, finalmente sarà spinta fuori, ed il bambino nella pluralità dei casi nascerà vivo. *Smellie* parlando di tali casi dice che egli „ dilatando delicatamente durante ciascuna doglia l' orifizio esterno inalzava un poco la testa quando la doglia incominciava a diminuire, e muoveva la fronte della testa verso il lato sinistro dell' osso sacro „ ed in tal guisa favoriva il parto; pratica che sembra essergli stata comune quando la testa gli si presentava in tal maniera (b). *Exton* raccomanda una manuvra presso a poco simile. Sebbene però una tal pratica possa essere in qualche caso messa utilmente in uso: pure io ho conosciuto un esempio nel quale lo spazio aperto tra la pelvi e le ossa del feto dalla introduzione delle dita, diede luogo al prolasso del funicolo, e questo distrusse la vita del feto.

Allorquando la testa vien fuori in tal direzione è necessario di mettere in opera ogni mezzo onde prevenire la lacerazione del perineo, perchè le parti esterne restano tanto eccessivamente distese, che anche le donne, le quali hanno partoriti molti figli, in circostanze simili, si sono trovate soggette alla lacerazione del perineo.

2. *La presentazione della faccia* può esser riconosciuta dalla generale ineguaglianza della parte che si presenta; dalla ricognizione degli occhi, del naso, e del mento. Quando ciò accade, la più favorevole, e secondo *Denman*, la più ordinaria posizione si è quella del mento rivolto verso la sinfisi del pube.

L' effettuazione di questo parto dee essere lasciata nel più esteso senso alla natura ed al tempo, i quali gradatamente giungono a procurarla intieramente. Siccome però le ossa della faccia nonsono suscettibili di compressione, non possono accomodarsi alla forma della pelvi, perciò

(a) *Vedi l' appendice X.*

(b) *Il Dott.* John Clark *nel raccomandare questa pratica, qual sua propria scoperta, sebbene sembri impossibile avere egli potuto ignorare che apparteneva a* Smellie, *ne confermerebbe l' utilità.*

sovente scorrono molte ore con avanzamento appena percettibile del parto. I bambini nascono ordinariamente vivi, ma le fattezze del volto sono eccedentemente contraffatte, e talvolta non riacquistano la loro propria forma prima che sieno scorsi molti giorni. Noi siamo stati instruiti ad introdurre un dito nella bocca del feto, e ad abbassare il mento sopra il petto, o a procurare in qualunque altra maniera di cambiare la posizione della testa. Deesi però impiegare in questa moltissima cautela, e precauzione, onde non ne vengano le più perniciose conseguenze per il feto, dei quali casi ci sono state trasmesse bastanti memorie (a).

Nei casi di presentazione della faccia si trova raccomandato da altri, come nelle opere di *Smellie*, di *Burton*, e di *Cooper*, il rivolgimento del feto, e di eseguire il parto per i piedi, qual pratica veniva ingiunta dietro la supposizione che la vita del feto resterebbe sacrificata tutte le volte che il parto non fosse terminato sollecitamente: l' esperienza però ha fatto conoscere, tanto in questo, come in molti altri punti di pratica, che la sicurezza della vita del feto non può esser sempre calcolata con la prontezza del parto. In alcune speciali circostanze favorevoli potrebbe tuttavia esser forse a proposito il rivolgimento del feto, come p. e. quando si presenta la faccia, senza che le membrane sieno rotte, mentre l' orifizio dell' utero è pienamente dilatato, e la vagina ed il perineo in stato di rilasciamento. Io ho veduto però due volte ridotta la presentazione della faccia ad una presentazione totalmente naturale col solo soccorso delle doglie (*).

(a) Sara Stone *nella sua* Complete Practice of Midwifery *(1737) racconta un caso nel quale il labbro superiore fu sommamente stravolto, la pelle della faccia divisa in strisce di vari colori, l' occhio destro spinto assolutamente fuori dell' orbita a cagione del cattivo trattamento di un ignorante levatrice. Il feto nacque vivo, ed, eccettuata la perdita dell' occhio, potè perfettamente ristabilirsi. Alcuni altri casi analoghi sono riferiti da* Perfect *nei suoi* Cases in Midwifery *Vol. 1. pag.* 218.

(*) *Ancor questo è uno di quei miracoli di natura nei quali bisogna poco confidare, specialmente quando la faccia è digià molto incastrata nella pelvi. La ri-*

3. *La mano o il braccio che discende lungo la pelvi congiuntamente alla testa*, indipendentemente dalla mala posizione che l' una, o l' altro può fare prendere alla testa medesima, renderà il passaggio della testa molto più lento e difficile quando sia giunta allo stretto inferiore. Se un tal parto non sarà tuttavia frastornato con un cattivo trattamento terminerà felicemente, perchè una tale complicazione di parti accade perlopiù in donne di larga pelvi.

I gradi di difficoltà del parto saranno differenti a seconda della maniera con la quale l' estremità superiore s' introduce nella pelvi. Se i diti soltanto della mano scendono in forma appianata sul lato della testa la difficoltà del parto non sarà molta; crescerà però se la parte che si presenta sia piuttosto il cubito con l' avanbraccio rivolto verso l' omero, e metterà poi in una maggiore perplessità, se la mano ed il braccio sieno discesi prima della testa, restando questa sul braccio alla piegatura del gomito.

Può accadere che riesca all' operatore per mezzo delle sue dita d' impedire che la mano o il braccio del feto discendano in basso fino all' estremità della pelvi, fino a tanto che la testa sia abbassata talmente da esser definito l' impedimento. In una tale impresa però deesi impiegare moltissima attenzione per non rendere il caso più imbarazzante, sia col tirare il braccio più in basso, o coll' impegnare la testa verso lo stretto inferiore, per lo che il caso diverrebbe un parto veramente preternaturale, e renderebbesi necessario il rivolgimento del feto.

Il Braccio del feto è spesso sommamente livido e tumefatto per effetto di una tal posizione, dal che le persone che assistono la paziente pensano che sia dislocato, o fratturato; e sebbene sia difficile il persuaderle della verità del fatto, pure io non conosco alcun caso nel quale il braccio non sia ritornato da per se stesso nello stato naturale, a capo di pochi giorni.

---

duzione poi della presentazione della faccia alla posizione naturale sembra meno necessaria in quelle donne che hanno altra volta partorito, e che sono di larga pelvi, che nelle primipare, come resulta dalle osservazioni pratiche di Mauriceau, *e di altri più recenti Ostetrici*.

Le regole assegnate per il trattamento dei parti dell' ordine *Dystocia diutina* (pag. 26.) sono applicabili in ogni rapporto a questo della *Dystocia perversa*. Il travaglio è penoso difficile e lento tanto nell' uno che nell' altro; ma si nell' uno che nell' altro gli sforzi della natura sono ordinariamente sufficienti per l' effettuazione del parto, senza il soccorso dell' arte, o almeno con quel solo soccorso che può dare un solo dito (*)

Bisogna aver cura di allontanare dalla paziente tuttociò, che può favorire lo sviluppo della febbre, di mantenere la calma e la tranquillità del di lei spirito e di risparmiare le sue forze. Non le debbe esser permesso di defatigarsi con inutili sforzi per espellere il feto, prima che le parti sieno convenientemente ridotte in stato da permettere il passaggio; non dee rimanere troppo in letto, e molto meno dee essere indebolita dalla profusa traspirazione, che occasiona il peso delle coperte. Gl' intestini debbono essere sbarazzati, a seconda delle circostanze, con dei blandi purganti o con i clisteri, e non bisogna permettere che si accumuli nella vescica troppa quantità di orina (a). Con un tal trattamento il processo del parto può prolungarsi molto senza pericolo. Se andassero ciò nullaostante a scomparire a poco a poco i segni favorevoli del parto di sopra rammentati (pag. 35.) e comparissero quelli riguardati come svantaggiosi (pag. 36.); noi dobbiamo considerare quest' ordine di parti come degenerante nella *Dystocia anenergica* (parto mancante di forze) e bisogna prendere quelle misure che possono allontanare le nostre pazienti dal pericolo, a seconda della qualità dei casi.

(*) *Impedire che il braccio discenda sino al fondo della pelvi, come ha detto di sopra l' autore, fino a tanto che sia discesa ancora la testa, e farlo con un solo dito, se è possibil cosa lo sarà così difficilmente da non potersi redarguire un ostetrico, che alla circostanza impiegasse due dita.*

(a) *Sembra che in questa sorta di presentazione vi sia una speciale tendenza alla soppressione dell' orina, almeno io ho trovato quest' inconveniente accaduto in altri parti di questa natura, ai quali ho dovuto prestare assistenza.*

ORDINE IV. DYSTOCIA AMORPHICA
Parto reso difficile dalla deformità delle ossa della pelvi.

Sinonimia.

Dystocia ab angustia di Sauvages *Cl. 7. O. 26. §. 4.*
Dystocia amorphica di Young *Cl. 5. O. 77. §. 4.*
Parto laborioso o istrumentale di Burns *Cl. 5.*
Parto impraticabile dello stesso autore *Cl. 6*

Definizione.

Parto nel quale la difficoltà nasce dalla distorsione della pelvi; questa poi deriva 1.° dalla rachitide nell'infanzia; 2.° dal rammollimento delle ossa in una età più avanzata; 3.° dall'esostosi; 4.° dalla frattura o dislocamento delle ossa della pelvi (*).

Da qualsisia delle sopradette cause proceda la deformità resta per questa talmente viziata la capacità della pelvi da opporre un ostacolo al passaggio del feto, non solo nel primo parto; ma ancora nei successivi. Pur tuttavia gli sforzi dell'utero saranno sufficienti qualche volta ad obbligare il feto, mediante la molta compressione della testa, a passare anche a traverso di una pelvi deforme. Molto dependerà però in tali casi dalla piccolezza, e compressibilità della testa, e dalla forza delle doglie. Ci conviene pertanto esser sommamente cauti per non supporre, su dati insufficienti e leggieri, che la distorsione è troppo notabile per permettere che il feto passi senza

(*) *La mala conformazione della pelvi, o la troppa strettezza della medesima può derivare ancora da vizio, di conformazione originario, da forti compressioni nell'età infantile, specialmente se si trattasse dell'angustia dello stretto superiore, la quale può esser motivata non solo dalle fasciature nello stato infantile; ma ancora dal ristringere troppo il busto nel punto che corrisponde, nel suo giro, sopra il bacino.*

l' intervento degl' istrumenti, specialmente allora che si trattasse d' impiegare il *perforatore* (*). Un istrumento

---

(*) *L'Autore di quest'opera parlando della piccolezza della pelvi alla pag. 26 come causa del prolungamento del travaglio del parto, o del parto ritardato ha trattata la cosa molto superficialmente, perchè in quel caso non si pretendeva di parlare di quella piccolezza della pelvi che presenta un ostacolo insuperabile dalle forze della natura. In questo caso però mi sembra che avrebbe potuto scendere ad un più esteso dettaglio, non dirò di mattematica precisione come ha fatto il profondo* Stein, *poichè nel fatto pratico sono tali e tante le cagioni le quali possono rendere il parto effettuabile dalle forze della natura, nulla ostante una pelvi piccola secondo le regole del pelvimetro, ovvero impossibile, quantunque siasi deciso in contrario, dietro l'esplorazione dei diametri della pelvi, che tali principj giustissimi in astratto sono raramente senza eccezione in concreto. Siccome però il desiderio del lettore può restare in gran parte soddisfatto nell' articolo ove si parla* dell' uso degli strumenti in ostetricia, *accennerò soltanto la sede del vizio di angustia, ed i segni per riconoscerla = Il vizio di angustia della pelvi, dice l'espertissimo nostro* Gambini, *suole esistere sempre nelle di lei aperture, e quando una di esse è più stretta, l' altra ordinariamente è più ampla. Si congettura che lo stretto superiore è più piccolo, quando la testa del feto non si abbassa nella cavità della pelvi, sebbene sia bene situata, dilatato l'orifizio dell' utero, forti frequenti e regolari i dolori, quando tutto in una parola sarebbe ben disposto per il parto. Ci assicuriamo di un tal vizio dal riscontrare lo stretto inferiore alquanto più largo, dal vedere che il volume del ventre non scema di mole, dal sentire che la testa ottura tutto lo stretto medesimo, lasciando appena lo spazio per introdurvi la punta del dito. L' angustia dello stretto inferiore si rileva dal sapere che la testa del feto è discesa sollecitamente nella cavità della pelvi, dal sentire col dito che la bocca dell' utero è più bassa dell' ordinario, che le tuberosità ischiatiche sono più approssimate tra loro, ed in fine dal sentire che la testa ottura quasi tutto lo stretto =* Lezioni MS. *Collazionando il pratico questi*

sempre incompatibile con la vita del feto ci obbliga a ben ponderare in qualunque circostanza con la massima accuratezza, e, se sia possibile, a procurarci l' opinione di qualcun altro consumato nell' arte di raccogliere i parti, prima di determinarsi a ricorrere al medesimo. Quella massima infatti del severo Satirico= *Nulla unquam de morte hominis cunctatio longa est* = dee applicarsi non solo all' adulto, ma ancora al bambino entro dell' utero. Quando un essere della nostra specie, sebbene non nato, è dunque affidato alla nostra particolare sollecitudine e protezione, e quando la di lui esistenza dipende onninamente dalla nostra decisione, noi non dobbiamo risolvere senza la più matura deliberazione, e senza la maggior precauzione possibile.

La reluttanza che ciascun uomo assennato dee provare ad impiegare il *perforatore*, anche nei casi di maggior necessità, mentre il fanciullo è in vita, produce generalmente il desiderio di dilazionare l'operazione, finchè si mostrino alcuni indizi della morte del feto, e questi indizi sono stati ricercati nella esistenza di certi sintomi, che dalla maggior parte degli scrittori di ostetricia sono stati accuratamente raccolti.

I segni pertanto della morte del feto possono esser divisi in due classi. I primi (dei quali andiamo adesso ad occuparci) sono atti a provare che il feto è morto nell' utero da qualche giorno, o anche da qualche settimana: cioè 1.° Uno o più distinti accessi di brividi di freddo per parte della madre seguiti da 2.° Un senso di freddo nell' addome; 3.° La sensazione di una massa, o di un peso morto nell' utero; 4.° L' abbassamento dell' addome. 5.° La mancanza del movimento del feto. 6. La flaccidezza delle mammelle; 7.° La retrocessione del latte. Quando questi sintomi si sono presentati in qualche modo, come in una regolar successione per otto o nove

---

segni con quelli proprj del volume della testa del feto, con quelli commemorativi dei parti precedenti della partoriente, della di lei età e conformazione, se primipara, e con quanto altro si dice dall'Autore all' articolo sopra indicato, potrà giudicare se la piccolezza della pelvi, nel caso che assiste attualmente, ponga il parto tra quelli del primo ordine della distocia, ovvero nel quarto.

giorni, possono esser presi senza dubbio come segni della morte del feto, e, quando avrà luogo il parto, il primo scarico sarà di materia torba e nerastra, il liquor dell' amnios oscuro ed intorbidato, ovvero tinto di sangue; la pelle della testa del feto si troverà sovente separata dal cranio, ripiena di fluido, e le ossa sciolte o distaccate. Quello però di cui si ha più generalmente bisogno non è l' insieme dei segni evidenti, che provano essere il feto morto da lungo tempo nell' utero; ma la cosa più importante si è quella di sapere se il feto, che si è riconosciuto esser vivente all' incominciamento del parto, abbia dipoi perduta la vita o per la violenza delle doglie, o per la difficoltà del parto, e questo potrà giudicarsi mediante la serie della seconda classe di sintomi, che sono pur tuttavia più o meno fallaci, alcuni dei quali scendo perciò ad esporre, con qualche osservazione.

1.° *Se sono scorsi quattro giorni da che la donna è sopra parto il feto scampa raramente dalla morte.*

Questa sentenza è basata sopra un' antichissima autorità; ma non è poi di tanto peso nei casi di pelvi ben conformata, mentre che nei casi di distorsione considerevole della pelvi bastano spesso meno di quattro giorni di travaglio, perchè il feto rimanga estinto. Questa regola è stata corretta come segue *Foetus per tres dies in partu haerens merito pro mortuo habetur*. Colla parola *in partu haerens* si è voluto disegnare il fanciullo compresso verso la parte inferiore, o impegnato entro o lungo le ossa della pelvi (a), ed incapace perciò di essere spinto più in basso dalle doglie, nella qual circostanza la regola sembra senza eccezione.

2.° *L' Evacuazione del meconio durante il parto.*

Questa era considerata da *Viardel* come una prova decisiva della morte del feto; ma certamente senza ragione, perchè nella presentazione delle natiche la rejezione del meconio accade sempre, e nella maggior parte dei casi il feto nasce vivente, ond' è che molti autori hanno rigettata l' opinione di *Viardel*. Altri hanno supposto che quando la scarica del meconio accade nei casi, nei quali si presenta la testa, sia un segno abbastanza certo della morte del feto; sono accaduti però molti fatti, che pro-

(a) *Il fu Dott.* Mackenzie *si serviva nelle sue lezioni della espressione* Testa inclusdata *nella pelvi*.

vano il contrario. Il Dott. *Denman* dice „ avere egli avuto molte prove convincenti che l'evacuazione del meconio è un segno veramente dubbio tanto della morte del feto, quanto del di lui pericolo.

3.° *Il fetore e la cattiva apparenza delle materie che colano dall' utero.*

Questi sintomi non sono intieramente tali da potervi basare un giudizio, ma quando essi si associassero agli altri, meritano di essere apprezzati.

4.° *La mancanza totale di pulsazione nel cordone ombellicale.*

Questa è veramente una prova concludente della morte del feto; ma l'opportunità di potere esaminare il cordone ombellicale è rara, comparativamente ai casi nei quali sarebbe necessario ottenerla.

5.° *Il sentire i tegumenti del cranio edematosi*, o *enfisematosi.*

Questo può esser considerato in molte circostanze come un segno evidente della morte del feto. Scrittori però di molta autorità ci hanno somministrato dei fatti in contrario: ciò non ostante, quando le ossa del cranio sono affatto separate e sciolte, noi abbiamo un'evidenza presso che certa della morte (a).

6.° *La mancanza dei movimenti del feto.*

E' questo un segno della maggior credibilità, e se ne dee far ricerca in tutti i casi dubbj; ma dal non essersi sentiti i movimenti del feto non se ne può sempre inferire la di lui morte, perchè le madri spessissimo non hanno sentito i movimenti del feto per molte ore di seguito durante il parto (b), e pur tuttavia é nato sano e vigoroso. La mancanza del movimento del feto può con tutto questo esser considerata non solo come una prova della di lui morte, ma unita alla presenza degli altri sin-

---

(a) *Signum omnium certissimum infantis mortui est cuticulae capitis supremae dissolutio, quae nonnisi aliquandiu post mortem infantis contigit.* Manningham Aphor.

(b) Van Doeveren *asserisce di essere stato testimone di un caso, nel quale i movimenti del feto non furono sentiti per trenta ore, e ciò non ostante nacque vivo.* Observ. *Cap. XI. p.* 169.

tomi somministrerà dei materiali all'ostetrico per formare il suo giudizio.

Parr nel suo *London Medical Dictionary*, opera di moltissima autorità, per formare un giudizio della vita o della morte del feto dà una regola soggetta a qualche obiezione. = Quando la testa, dice egli, è rimasta subito serrata nel margine della pelvi, e che l'utero si contrae attorno al corpo del feto, se esso sia vivo, si osserva la formazione di un tumore su la di lui testa, qual formazione non ha luogo quando è morto =. Il fatto però si è che questo tumore è stato generalmente sentito nei casi di morte del feto. Il modo adunque di giudicare dal tumore che formano i tegumenti della testa sarà il seguente. Se il feto sia vivo, al rinnuovamento di ciascuna doglia la testa spinta in basso produce l'addossamento delle ossa, e questo dà luogo ai tegumenti, che si allontanano dalle medesime, di formare un tumore o divenire increspati: ma quando la doglia cessa, la espansione delle ossa della testa l'obbliga a rimontare, ed il tumore, o l'aggrinzamento suddetto scomparisce onninamente o quasi del tutto. Se al contrario il feto sia morto l' espansibilità delle ossa del cranio più non sussiste, il rialzamento della testa del feto più non ha luogo per un tempo, o per un grado così notabile, e il tumore formato dai comuni tegumenti resta presso a poco lo stesso. In questo stato di cose il tumore resta tosto disteso dai fluidi obbligati a penetrarvi mediante la compressione, e nel caso nel quale è stato necessario di usare il *perforatore* il pratico ha frequentemente introdotto l'istrumento a traverso i tumefatti tegumenti per più di un mezzo pollice di grossezza prima di arrivare alle ossa.

Tra i sintomi poc'anzi esposti altri ne sono stati annoverati appartenenti soltanto alla Madre, i quali sono stati considerati di qualche valore per provare la morte del feto, i principali dei quali sono i seguenti cioè — il vomito — i brividi di freddo — il languore generale ed una debolezza estrema, — il pallore e la lividezza dell' aspetto, — gli occhi scolorati e languidi, — il sussurro negli orecchi, — l'alito di cattivo odore, — le flatulenze emesse dall'utero; ma niuno di questi può essere ammesso come sufficiente in se stesso per provare la morte del feto. Eglino possono avere il loro peso nel determinare la necessità di usare i mezzi artificiali per effettuare il parto, in quanto che possono rendere evidente lo stato

pericoloso della Madre; ma debbono essere esaminati con tutta accuratezza prima di essere ammessi, anche dopo essere comparsi separatamente; perchè in questa guisa si sono riscontrati in molte donne senza che esse si sieno trovate in gran pericolo. Sopra tutto poi è da avvertirsi che noi non saremo mai eccedentemente cauti nello stabilire il nostro giudizio sulla morte del feto entro dell' utero; poichè in un punto di tanta importanza è nostro dovere di ottenere tutti i gradi possibili di evidenza, di non chiamarci mai sodisfatti da un solo segno di morte, e di esaminare inoltre separatamente ciascun sintoma, e dipoi molti collettivamente, prima di scendere all' ultima conclusione.

ORDINE V. DYSTOCIA OBTURATORIA *Parto serrato.*

Sinonimia.

Dystocia ab angustia di Sauvages §. 4. *Dystocia amorphica* di Young. §. 4.

Definizione.

Parto reso difficile per una causa meccanica inerente alle parti molli, per la quale viene impedito il passaggio del feto, e questo può essere I.° Per la presenza dell' imene, o per la coesione delle pareti della vagina, o delle labbra tra loro. II. Per quella di un polipo, di uno steatoma, o qualunque altro tumore che si sviluppa negli organi della generazione, e ne ottura le vie. III. Per lo stato morboso di qualche ovajo che invade la capacità della pelvi. IV. Per la vescica spinta entro della vagina. V. Per una porzione d' intestino o dell' omento, formante un' ernia nella vagina medesima.

Tutte le specie di parti comprese in quest'ordine sono, proporzionatamente ad altri casi, molto rare; scenderemo però a parlare partitamente di ciascuna.

1.° *La presenza dell' Imene, o la coesione delle labbra, ovvero quella della vagina* non darà probabilmente grande imbarazzo all'ostetrico, perchè le contrazioni dell' utero saranno da per se sole sufficienti in molti casi a superare la difficoltà (a). Trovandosi però necessario di fare qualche cosa di più, bisognerà fare un' incisione nella parte che ostruisce facendo somma attenzione alle parti circonvicine, per non ferirle, o arrecarle, qualunque altra offesa (b).

(*a*) *Fui ego advocatus ad mulierem parturientem cui vagina adeo erat angusta, ut nec ego, nec obstetrix digiti minimi apicem potuerimus vaginae immittere. Maritus a triennio, quo ipsi matrimonio erat junctus, nunquam more solito coitum exercere cum illa potuit. Interim tamen spatio* 18 *horarum dolores parturitionis vaginam adeo dilatabant, ut partus sine omni ruptura vaginae. vel genitalium finiretur.* (Plenk Elementa artis obstetriciae p. 113).

(*b*) *Vedi* Mauriceau *obs.* 489 *e* 583. — Ruischio *Obs.* 22. — Benevoli *in quelle „ quaranta osservazioni „ annesse con quelle „ Dissertazioni sovra l' origine dell' ernia intestinale „ ec. Firenze* 1747 *Osserv.* 5. — Smellie *Coll. XXXI Caso* 26 — Baudelocque *vol.* 1. §. 341. Smellie *collez. XXI N.°* 2. *Caso* 4 *dà una storia di cicatrici, e callosità entro la vagina, le quali grandemente impedivano il parto; ma il tempo, e il buon trattamento superarono le difficoltà. Io una volta trovai uno straordinario ristringimento della vagina prodotto da una durezza cartilaginea, conseguenza dell' infiammazione succeduta a un parto precedente molto laborioso, qual costrizione aveva diminuito talmente il passaggio da permettere che vi passasse con somma difficoltà un dito della mano. Dopo 36 ore di penoso travaglio le parti si rilasciarono, e il feto potè venire alla luce; la paziente nel prossimo giorno si trovò in uno stato di salute assai migliore, di quello che si sarebbe potuto aspettare, dopo un parto così penoso; ma nel giorno seguente cadde improvvisamente in un deliquio, e due ore dopo spirò. Dopo la morte fu trovato una piccolissima apertura entro della vagina in contatto della parte ove esisteva il ristringimento. Vedi ancora l'Appendice XI.*

2.° *I tumori che si sviluppano negli organi della generazione* sono qualchè volta così piccoli e compressibili da essere di ben poco o di niuno impedimento al passaggio del feto: ma talora sono tali ed occupanti un così largo spazio da rendere impossibile il parto senza l'intervento dell' arte. Se il caso fosse tale da permettere che la difficoltà fosse superata coll'impiego del *forcipe* o della *leva*, non si dovrebbe esitare nell' aver ricorso all' uno o all' altro di questi istrumenti: ma se non vi fosse probabilità di riuscire, a meno che usando il *perforatore*, sarà meglio prender tempo per vedere, se piuttosto la remozione del tumore, o la mutilazione del feto fosse verisimilmente da riguardarsi come più decisivamente vantaggiosa; e così moltissimo dipenderà dalla situazione, grandezza, e natura del tumore, su di che è impossibile di dare quì delle esatte regole (c).

3.° I casi di *malattia delle ovaja occupanti la concavità dell' osso sacro*, e che servono di ostacolo al parto, col diminuire la capacità della pelvi, sono stati esposti da diversi autori, e qualche volta sono state scoperte, durante il parto, altre specie di tumori encistici nel medesimo sito. Nel volume X. delle transazioni medico-chirurgiche di Londra si possono vedere le relazioni di 18 casi di tal sorta (a). Questi tumori sono stati trovati di varia grandezza e grado di consistenza. Qualche volta si sono trovati contenere un fluido sottile, qualche volta della consistenza del miele, ed altre volte una materia lardacea mescolata con denti, e lunghi capelli.

(c) *Vedi due casi di tumori nella pelvi ec. di P. P.* Drew *M. D. nell' Edimburgh Medical and Surgical journal Vol.* 1. *p.* 20 1805. — Smellie *coll. XXI: n.°* 2 *caso* 3. — *London practice of Midwifery* 4 *p.* 159, *e l' appendice XII.*

(a) *Due dal Dott.* Denman *nella sua introduzione all' ostetricia. — Uno da* Baudelocque *nella sua Art des Accouchemens* §. 1963. — *Uno da* Van Doeveren *nel suo Specimen Obs. Acad Cap. XII. — Uno da* Gifford *Caso* 62. — *Cinque da* M.r Park *nel secondo volume delle Transazioni medico-chirurgiche. — E due nel volume* 3.° *della stessa opera — Sei nel volume* 10. *comunicate dall' autore di quest' opera.*

Quando mai tali tumori sieno stati scoperti durante il parto, sono restati generalmente grandi dubbj relativamente alla loro natura, ed al modo conveniente di trattarli. In alcune occasioni gli ostetrici assistenti non hanno creduto bene di prendere alcun immediato compenso per accelerare il parto, perchè la paziente non era considerata come in un immediato pericolo, e si sperò che il tumore riceverebbe sufficiente compressione da permettere il passaggio del feto al momento che le doglie divengono più forti. Un tal metodo infatti è stato coronato da pieno successo, quando il tumore non era però troppo largo o troppo duro.

Alcuni hanno pensato che in tali casi si dovesse impiegare senza dilazione il perforatore considerando più conveniente il sacrifizio della vita del feto, che azzardare quella della madre. Se con questo sacrifizio della vita del feto si potesse sempre avere una sicurezza della vita della madre, un tal principio potrebbe in qualche modo esser sostenuto e difeso; ma disgraziatamente è accaduto che di cinque casi nei quali fù impiegato il perforatore, tre diedero la perdita del feto egualmente che della madre, e in uno degli altri due la madre non si ristabilì che imperfettamente. Qualche volta, colla veduta di preservare il feto o per altre ragioni, si è intrapreso il rivolgimento del feto medesimo, ma questo non sembra essere stato fatto con successo nè per la madre nè per il figlio. Qualche volta i tumori sono stati aperti con la veduta di diminuire la di loro massa, e in qualche circostanza si sono trovati di poi costretti gli ostetrici a perforare la testa del feto, ed ancora con questo l'effettuazione del parto è stata sommamente difficile, e terminata colla morte della madre.

Dalla enumerazione dei diciotto casi sopra indicati si vede 1.° che *due* parti furono effettuati dalle doglie senza alcuna assistenza dell' ostetrico, ma in uno di questi la madre perdè la vita, e uno dei bambini nacque morto. 2.° Che in *cinque* fù impiegato il perforatore dopo un tempo troppo breve, o troppo lungo da che erano incominciate le doglie del parto. Tre di queste donne morirono, un altra non si ristabilì perfettamente, ed una sola ottenne vera guarigione. 3.° Che in *cinque* casi nei quali il parto fù terminato col rivolgimento del feto morirono tutti e cinque i feti, e si salvò una madre soltanto. 4.° Che in *tre* casi, nei quali furono aperti i tumo-

ri, e lasciato il parto alla natura due donne si ristabilirono, una terza restò per lungo tempo in cattivo stato di salute, e due fanciulli furono salvati. 5.° Che in *tre* casi nei quali, dopo avere aperto il tumore fù trovato necessario di aver ricorso al perforatore, una donna morì del parto, una soccombè dopo diciotto mesi di un cattivo stato di salute e di patimenti, conseguenza del parto, e la terza ritornò in salute, così

In 18. Casi di tumori nella pelvi, i quali comprendevano la vita di 38. individui;

Delle Donne 9 morirono,
3 restarono infermiccie,
6 si ristabilirono perfettamente;
Dei Bambini 16 nacquero morti
4 erano vivi;

Così che le vite salvate montano soltanto a 12. contro le perdute in numero di 26. La cosa che principalmente resulta si è l'evidenza delle prove in favore dell'apertura dei tumori, tutte le volte che questi contengono un fluido, sopra qualunque altra pratica, perchè delle nove donne più o meno perfettamente ristabilite cinque doverono la loro salvezza a quest' operazione, e dei fanciulli nati vivi due furono preservati con lo stesso mezzo.

Ignoro se in casi di tal natura siasi avuto ricorso all' operazione Cesarea, ma la di lei general fatalità sarebbe un grandissimo ostacolo in questo paese per introdurre un tal metodo di effettuare il parto. Bisogna ancora confessare che se l' operazione Cesarea fosse stata fatta nel caso della Sig. *Daly* (a) al tempo che fu fatta la puntura del tumore vi sarebbe stata una gran probabilità di conservare il feto, il quale era allora vigoroso, ed in azione, e le conseguenze per la medesima non sarebbero state più calamitose, di quello che resultò dal suo parto, condotto, come fù creduto, con la maggior cautela e giudizio. Essendo stato il tumore, in questo caso, incapace di diminuzione, non poteva esser messo in pratica altro mezzo fuorchè l' operazione Cesarea, e conseguentemente sotto tali circostanze l' operazione sarebbe stata giustificabile (*)

(a) *Vedi l' Appendice XIII.*

(*) *Sarà riportata nell' Appendice XIII. per estratto la storia di cinque casi di tumori nella pelvi appartenente all' Autore di quest' opera, e che si trovano nel*

4. *La discesa della vescica orinaria entro della vagina*, può aver luogo durante le doglie del parto, come è talvolta accaduto (a): ma mediante l'introduzione della siringa si verificherà ad un tempo e si allontanerà un tal disordine.

5. *L'ernia formata nella vagina dalla discesa di una porzione di omento o di intestino* è un caso molto più raro degli altri: ma è accaduto, e riuscito fatale per la paziente.

ORDINE VI. DYSTOCIA ECTOPICA *Parto reso difficile per l'Utero fuori di sito.*

Sinonimia

Obliquità dell' utero di Deventer; *Hysteroloxia anterior, lateralis, et posterior di* Sauvages; *Hysteroloxia lateralis imperfecta, et antica, vel postica perfecta di* Plenk.

Modi dell' uscire di sito dell' Utero

L' utero esce di sito primieramente per *l' Obliquità*, e di queste ne sono state nominate dagli

---

Tom. X. delle Transazioni Medico—Chirurgiche di Londra.

Alla seconda specie della Dystocia obturatoria *appartengono parimente non solo i tumori: ma ancora quelle callosità o durezze insuperabili nel parto dalle forze della natura, durezze che si estendono all' intorno dell' orifizio dell'utero, e sulle quali si legge la storia di un interessantissimo caso nel vol. XVI. degli* Annali Universali *di Medicina del* Dott. Omodei *trattato dal* Prof. Buongiovanni *di Milano e che sarà riportato per estatto in fine dell' Appendice XII.*

(*a*) *Vedi* Hamilton Select Cases in Midwifery *p.* 9 1795. *la memoria molto interessante di M.* Christian *nel Giornale Medico-Chirurgico di Edimburgo Vol. IX, e parimente l' Appendice IV.*

autori tre specie, la *laterale* cioè, *l' anteriore*, e la *posteriore*; quindi per la sua caduta, o rovesciamento in parte del medesimo.

Nella obliquità dell' utero l' orifizio si trova inclinato verso l' uno o l' altro lato della pelvi, se sia della prima specie; alzato verso il dorso, in guisa da toccare quasi la parte prominente in dentro dell' osso sacro, se sia della seconda; spinto in avanti verso la sinfisi del pube, se sia della terza. Nella caduta dell' utero il tatto non solo, ma ancora la vista possono servire a riconoscerla, oltre il senso che ne prova la paziente.

1. *L' obliquità laterale dell' utero* darà raramente luogo a grandi difficoltà del parto, perchè la positura eretta della paziente, tutte le volte che la pelvi sia ben conformata, rettificherà prontamente questa uscita di sito.

2. *L' obliquità anteriore*, e l' orifizio perciò dell' utero verso la parte prominente dell' osso sacro, non è un caso molto raro nelle donne di larga pelvi, e questo dà luogo sempre ad un parto lento, specialmente se si tratti del primo figlio. I giovani esercenti l' ostetricia trovando l' utero situato in questa guisa possono restare un poco imbarazzati, perchè mediante l' esame fatto per la vagina, sembra da principio che la pelvi sia occupata dalla testa del feto, facendo rapidi avanzamenti per l' uscita. Un più accurato esame però fa dipoi vedere che la parte in contatto con le dita non è la testa scoperta del feto, ma la parete anteriore dell' utero stesa su della medesima, e l' orifizio dell' utero pochissimo dilatato o quasi affatto chiuso, sarà scoperto, con qualche difficoltà, verso la projezione dell' osso sacro, almeno con l' estremità delle dita.

Questa specie di parto difficile trova il suo miglior soccorso nel tempo e nella pazienza. E' stato creduto vantaggioso per la partoriente di giacere sul dorso durante le doglie, perchè siccome il bellico è molto pendente sulla sinfisi del pube, questa posizione toglie meglio la pressione che l' utero, interposto tra la sommità del pube da un lato, e la testa del feto dall' altro, dee soffrire, e per la quale ne vengono generalmente il crampo, e dei dolori spasmodici. Il metodo proposto da alcuni autori di introdurre un dito entro l' orifizio dell' utero, e volgerlo verso il centro della pelvi è soggetto a molte obiezioni, eccettuato il caso che l' orifizio dell' utero si trovi in uno stato di rilasciamento molto inoltrato.

3. *L'obliquità posteriore dell' utero* annunziata dall' esistenza dell' orifizio dell' utero medesimo verso la sinfisi del pube è una situazione veramente rara; *Deventer* la descrive, ed è stato seguito da molti altri scrittori, i quali hanno evidentemente preso imprestito la loro descrizione dal medesimo, senza aver veduto il caso. Molti moderni autori negano la dilei possibilità; ma sono stati tramandati alla memoria alcuni casi, i quali provano il fatto. In una dissertazione *sulla retroversione dell' utero con alcune osservazioni sulla gravidanza estrauterina*, pubblicate nel 1810, io cercai di mostrare che il caso in questione era una retroversione dell' utero, più o meno completa, che ebbe luogo nei primi periodi della gravidanza, e continuò fino al termine della medesima. So che questa opinione fù ammessa da diversi pratici nell' arte ostetrica, ma sono egualmente informato che un Professore di Ostetricia, la di cui pratica, e lezioni in una celebre Università gli hanno procurato un alta reputazione, asserisce l' assoluta impossibilità di un tal caso, il quale secondo esso, non è mai accaduto, nè accaderà giammai.

Nell' appendice XIV. io ho dato un estratto dei casi, i quali mi indussero a formare l' opinione allusiva alla medesima. Il Dottor *Denman*, ed il Dottor *Merriman* mio zio, entrambi i quali assisterono la paziente erano convinti egualmente bene che me, che l' orifizio dell' utero era verso la sinfisi del pube, e il fondo nella concavità del sacro. Lascierò che determini altri qual nome debba darsi ad una tal posizione se non merita quello di retroversione.

4. *Il collo della matrice rovesciato e caduto fuori dei pudendi*. Per molti anni io non sono stato giammai testimone di un caso di tal natura, ma negli ultimi cinque mi sono trovato a vedere tale uscita di sito dell' utero in due pazienti. Quasi ciascun autore, il quale parla di tali casi (a), gli descrive come una circostanza molto allar-

---

(a) *Medical Museum vol.* 1. *pag.* 227. 1763 — *Memoirs of the Medical Society of London vol* 1. *pag.* 213 — *Medical and Physical journal vol.* 1. *pag.* 104 — Mauriceau *Obs.* 6. 67. 95 — Ruysch *Obs.* 25 Portal *case* 10. — Deventer *Novum Lumen*. — Smellie *Col. XVII. N.* 1. *Case* 2. — Perfect's *Cases vol.* 2. *pag.* 51. — Barret's *Directions for Midwives p.* 27. 1701.

mante (*). Pur tuttavia sembra che ciascuna donna abbia potuto sgravarsi senza alcun pericolo, quasi col solo soccorso della natura. L' orifizio dell'utero dovrebbe, se è possibile, esser rimesso entro della vagina, ed i bordi di questo debbono esser sostenuti dalle dita espanse durante il passaggio della testa (**).

ORDINE VII. DYSTOCIA TRANSVERSA *Parto preternaturale.*

Sinonimia

Dystocia a foetus situ di Sauvages §. 7. *Perverta di* Young §. 3. *Parto non naturale di* Bland. *Parto preternaturale di* Burns. *Parto contro natura di* Baudelocque, Gardien ec. *Parto manuale di* Capuron.

(*) *Il primo caso riferito da* Mauriceau, *in cui l'utero esciva per più di mezzo piede dalla vagina, e le pareti del collo dell' orifizio esterno della matrice grosse tre dita trasverse di diametro, non potè ammettere la riduzione dell'utero nella cavità della pelvi, e convenne al celebre ostetrico di procurare il sollecito parto della paziente di già in travaglio col dilatare delicatamente con le sue dita, e dipoi con la mano l' orifizio dell' utero, senza mai ritirarla, fuorchè per umettarla nuovamente, e così facendo fare alla mano le funzioni di dilatare riuscì a salvare la madre ed il figlio. L' utero fu riposto in sito dopo levata la seconda. Nel secondo caso il prolasso del collo dell'utero era accaduto verso il quinto mese della gravidanza, e nel terzo vi era complicato il prolasso di una porzione della vescica. Fù rimediato a questi disordini in ambedue i casi coll'uso del pessario, e la gravidanza ed il parto terminarono felicemente. L' uso del pessario durante la gravidanza avrà minori inconvenienti invero dell' eccessivo riposo, cui sarebbero altrimenti obbligate le pregnanti, e per altra parte potrà togliersi durante la di loro dimora in letto.*

(**) *Meritano di esser quì rammentati due particolari casi di uscita di sito dell' utero, i quali, sebbene accaduno raramente; pure sarà molto utile che sie-*

Definizione

Parto nel quale si presenta qualunque parte del feto, eccettuata la testa (a).

Gli Autori hanno enumerato molte varietà di presentazioni preternaturali del feto, le quali però possono ridursi alle seguenti: 1.° Presentazioni delle natiche, ovvero dell'uno o dell'altro fianco, o dei lombi. 2. delle estremità inferiori. 3. delle estremità superiori. 4. del dorso, del bellico, o d'una parte laterale del corpo. 5. del funicolo ombellicale.

Il parto preternaturale può esser conosciuto soltanto dall'esame fatto per la parte della vagina. Se da un tale esame riescisse di assicurare che l'orifizio dell'utero, è considerabilmente dilatato, e che il feto non può esser sentito, sarebbe questa una gran ragione per sospettare che la presentazione è preternaturale; se il liquor dell'amnios fosse stato di già versato, e il feto non fosse a portata di esser toccato colle dita, la probabilità della presentazione preternaturale è maggiore (b); se le membrane fossero trovate essersi avanzate nella vagina non sotto la

---

no conosciuti; il primo cioè per l'ernia ventrale, l'altro per la lacerazione dei legamenti, dei quali riferirò due esempj in fine dell'Appendice XIV.

(a) *I Sig.* Baudelocque, Gardien, Capuron, *ed altri ostetrici francesi non considerano preternaturale quel parto che presenta le natiche, i piedi ec. perchè è terminato senza assistenza straordinaria dell'ostetrico. Menochè la di lui assistenza sia necessaria è ancora secondo essi un parto non manuale o naturale; ma l'antica regola, la quale dice = Partus non exiens in caput omnino praeter naturam est = la credo preferibile ad ogni altra.*

(b) *In tutti i casi di presentazione preternaturale le membrane sono in stato di esser rotte al primo periodo dei dolori del parto, forse perchè una maggior quantità del liquor dell'amnios può facilmente raccogliersi verso l'orifizio dell'utero. Infatti se la testa del feto occupa questa parte dell'utero, le acque sono impedite di accumularvisi in abbondante quantità.*

forma comune globulare, ma piuttosto conica, e di piccolo diametro, questa è parimente una prova presuntiva di parto traverso, specialmente sè vi fosse una qualche parte, che si presenta tra le membrane, piccola, debolmente riconoscibile, o che resiste al tatto molto meno del pesante volume della testa. Questi però sono segni probabili; ma per assicurare positivamente il fatto noi dobbiamo esaminare accuratamente qual sia positivamente la parte che si presenta.

Ogni qualunque volta che vi sono segni di presentazione preternaturale è nostro preciso dovere di esser vigilanti sullo stato della nostra paziente per esser pronti a prestarle la necessaria assistenza, quando questa richiedasi; e quando noi siamo pienamente convinti che il feto viene in una cattiva posizione bisogna che noi informiamo del fatto qualche parente o amico della paziente: ma è ottima cosa tenerlo nascosto alla medesima per più lungo tempo che si può.

Vi sono talvolta molte difficoltà per assicurarsi qual sia la parte che si presenta, ed importa moltissimo l'evitare uno sbaglio, particolarmente quando si presentano le estremità. Il pericolo però di uno sbaglio è maggiore quando se ne presenta una sola.

Le seguenti regole ci renderanno capaci in generale di formare un giusto giudizio.

La testa è conosciuta dalla sua forma globulare, e dalla sua durezza; — dalle suture e dalla fontanella.

La faccia dall'ineguaglianza della sua superficie; — dagli occhi, dal naso, dalla bocca e dal mento (a).

Le natiche si riconoscono dalla di loro mollezza, gras-

(a) *Potrebbe supporsi che ben piccola difficoltà si dovesse trovare nell' assicurarsi della presentazione della faccia, i di cui tratti sono così distinti; ma sono accaduti molti casi che provano il contrario; e ciò che sembra ancor più straordinario si è che l' inganno è stato tale da prender la faccia per le natiche. Ciò è accaduto perchè la faccia si gonfia molto prontamente, e quando è molto gonfiata nasce tal confusione di parti da imbarazzare i più pratici ostetrici. Questo è un altro argomento in favore della necessità del sollecito esame nei parti.*

gezza, e dalla forma globulare; — dalla divisione tra le medesime; — dalle parti della generazione; — e dall' evacuazione del meconio.

Il piede si conoscerà dalla sua grossezza e dall'essere più lungo e più pesante della mano; — dal calcagno; — dal dito grosso del piede, che è la parte più prominente, e la più vicina alle altre dita; — dalla poca lunghezza delle altre dita; — dall' estremità delle dita che formano presso a poco una linea retta descendente dal dito grosso, come dalla parte più prominente.

La mano si distingue per la sua forma appianata, e dall'essere più larga del piede; — dalla lunghezza delle dita; — dall' estremità delle dita diseguali, essendo più prominente il dito medio; — dal dito pollice che è la parte più corta, e più distante dalle altre dita; — e dal pollice medesimo che entra nella palma della mano.

Il gomito ha dato qualche volta luogo ad esser preso per il ginocchio o per il calcagno: ma può esser distinto da queste parti per esser molto più acuminato dell' una, o dell' altra di queste due.

Le spalle possono esser conosciute dalla clavicola e dalla scapula, e poi quando si presentano le spalle si trova generalmente il braccio disceso nella vagina.

1. *Della presentazione delle natiche.*

Nel parto non maturo la presentazione delle natiche non è sempre facile a distinguersi da quella della testa a cagione del senso di un corpo globulare. che presentano ambedue. Il parto di tal sorta era in altri tempi sommamente temuto, perchè si supponeva che nella pelvi non vi fosse spazio bastante da permettere il passaggio al feto addoppiato in questa guisa. Da qui ne venne che alcuni antichi ostetrici tentarono di rivolgere il feto, e di portare la testa verso l' orifizio dell' utero; altri raccomandano di portare in basso i piedi.

Dobbiamo qui rammentare che *Portal* celebre pratico di Parigi circa il 1668. dava una giudiziosissima direzione per il trattamento di tal sorta di parti; ma le sue istruzioni furono trascurate dai pratici e scrittori susseguenti. Le di lui parole sono „ In casi di tal fatta voi non dovete essere impazienti perchè, sebbene il parto proceda con molta lentezza, pure non vi è maggior difficoltà di quello che sia nel parto naturale; una volta dicevano le nostre mammane che dove possono passare le natiche vi potrà passare ancora la testa. La posizione del feto in

questo caso è doppia, cioè con le cosce sopra il bellico, e il passaggio essendo una volta aperto dalle natiche, mediante il rinnovamento delle doglie, farà si che la testa vi passi senza troppo ostacolo „.

Io non posso accordarmi per contradire questa giudiziosa direzione con quei nostri connazionali, come il Dottor *John Burton* di York, contemporaneo e rivale di *Smellie*, il quale dice §. 89=quando le natiche si presentano le prime è qualche volta accaduto, sebbene raramente, che possa esser portato fuori il feto in questa positura, se accada che egli sia molto piccolo, e largo il passo; ma questo è una vera accidentalità, perchè sebbene noi possiamo conoscere che il passo è largo, non potendosi però giudicare da noi facilmente del volume del feto, noi dobbiamo procurare di portarlo fuori per i piedi come si è insegnato al §. 88= La sezione 88. dice questo = quando si presentano le natiche più penoso è l'avanzamento del feto, più pericoloso e difficile sarà il parto; perciò più presto che l'operatore se ne accorge dalla mollezza e flaccidità delle parti egli dee immediatamente opporsi con tutte le sue forze alla discesa delle natiche: ma senza fare però alcuna violenza all'osso del coccige del feto o alle di lui parti della generazione, le quali sono in questi casi tumefatte, e quando egli le ha spinte in alto egli dee procurare di rivolgere il feto col suo bellico verso l'orifizio dell'utero, e cercare i di lui piedi.=Questo rozzo e barbaro precetto seguito generalmente da *Burton* non poteva non essere frequentemente accompagnato da dispiacevoli conseguenze tanto per la madre che per il feto. *Smellie* era troppo amante di questo rialzamento, che invero era la teoria di moda, e il dottor *Hunter* nei primi tempi della sua pratica seguiva lo stesso piano, trattandosi della presentazione delle natiche; ma convinto di poi della poca convenienza del medesimo lo tralasciò (a).

(a) *Quando incominciai la mia pratica io seguiva l'antica dottrina relativamente alla presentazione delle natiche, quantunque non mi piacesse, ma ancora io non osava autorizzarmi ad una nuova, fintantochè non mi fossi un poco avanzato nella vita; a quest'epoca però lasciai stare il feto in quasi tutti i casi di presentazione delle natiche; e dopoche io ho abbandonati que-*

Le natiche possono introdursi nella pelvi in varie direzioni; qualchè volta un fianco solamente discende per l'apertura superiore, qualche volta il feto ha la sua faccia rivolta verso l'ombellico della madre, e qualche altra volta verso il dorso della medesima, e questà è la posizione più vantaggiosa. Il primo stadio del parto nella presentazione delle natiche è frequentemente molto lento, perchè sebbene le natiche e le cosce non occupino tanto spazio quanto la testa, pure nè le une, e nè le altre possono prontamente adattarsi alla forma della pelvi, ovvero l'azion dell'utero è più lenta, e meno regolare per la posizione stravolta del feto. Non puossi pertanto impiegare convenientemente alcun mezzo per affrettare i progressi del parto, e la dilatazione delle parti è effettuata gradatamente in guisa che le natiche sono forzate sempre più in basso entro la pelvi finchè elleno finalmente escono fuori per l'orifizio esterno. Tostochè questo è accaduto, il caso diviene precisamente lo stesso che quello della presentazione dei piedi, per il quale vedasi il prossimo paragrafo pag. 64.

Molti scrittori di ostetricia raccomandano nei parti di presentazione delle natiche, quando queste non siano prontamente passate nella pelvi, di insinuare un dito in ciascun lato così alto da guadagnare la piegatura delle cosce del feto, e così assistere il parto; ma questa pratica è raramente necessaria e non sempre sicura. E' stato similmente raccomandato, che quando la piegatura degl' inguini è giunta al punto di potersi arrivare colle estremità delle dita, di introdurre un oncino ottuso, col quale venga estratto il feto. Ma sebbene nel corso della mia pratica abbia assistito molti casi di presentazione delle natiche ho trovato sommamente rara la necessità di aver ricorso a questo espediente. E' praticabile qualche volta di passare il laccio o il fazzoletto sopra gl'inguini, cioè tra le cosce, ed il bellico del feto, e quando questo può farsi la forza necessaria per estrarre il feto può esser impiegata con più vantaggio, e con più sicurezza che coll'uncino ottuso, perchè la frattura dei femori è stata frequentemente la conseguenza dell'uso di tale istrumento (a).

---

sti casi alla natura, l'esito è stato sempre felice. Hunter's *Lectures*. MS 1768.

(*a*) *Vi è un metodo di assister le donne in questi*

I Professori *Plenck* e *Wrisberg* raccomandano di applicare il forcipe se il feto sia vivente in preferenza dell' uncino ottuso come faceva il Dottor *Hamilton* (a), il quale dice=è questo esclusivamente da me impiegato in simili circostanze „. Non è manifesto se il Dottor Hamilton impiegasse a quest oggetto il suo forcipe comune o di una qualche altra forma. Io non ho avuto luogo di sperimentarlo nel caso di presentazione delle natiche, ma nel *London Practice of Midwifery*, libro creduto pieno di dottrine le più istruttive in ostetricia andate adesso in disuso, è rappresentato il forcipe in simili casi come di non alcun uso dietro ripetuti esperimenti (b).

---

casi mediante l'uncino ottuso, introdotto nella piegatura del feto, ma questo è difficile a mettersi in pratica senza rompere i femori del feto medesimo (Young' s *Lectures MS.* 1795.)

(*a*) *Collezione di figure in rami per facilitare lo studio dell' ostetricia* 1696.

(*b*) *Dopo che quest' opera era stata scritta il Dott.* Hamilton *di Edimburgo, in una sua lettera graziosamente direttami sotto il dì* 20 *Giugno* 1820, *mi ha favorito una esposizione del metodo da esso tenuto nella applicazione del forcipe in caso di presentazione delle natiche = quando le natiche, dice egli, restano impegnate nella pelvi, e la mancanza delle doglie è tale da rendersi necessaria l' assistenza artificiale (se possono esser prese dal forcipe commune corto) non vi è difficoltà alcuna per estrarle, anche con quattro o cinque sforzi, quando il bellico del feto sia voltato verso la più prossima sincondrosi sacro-iliaca. Il Dott.* Clark *mancò nei suoi sforzi per terminare il parto in questa guisa per non avere bene inteso un tal metodo, e parte perchè le lame del suo forcipe erano troppo strette* (*).

(*) *Ho riportato la presente nota per esser fedele all' opera originale; ma certamente nelle nostre scuole, spero, che non sarà ammessa una tal dottrina. L'uso del forcipe, per la compressione che necessariamente debbono esercitare le due cucchiaje sopra i visceri addominali, nel punto ove si avvicinano le estremità delle medesime, dee riguardarsi come grandemente pericoloso o mortale, ed un ostetrico assennato non si servirà in*

2. *Della presentazione delle estremità inferiori.*

Questa è la più semplice, e probabilmente la più sicura per la madre, tra tutte le presentazioni preternaturali; ma il cimento è grande per il feto, specialmente se si tratti del primo parto. Il pericolo per il feto nasce principalmente dalla compressione che soffre il cordone ombellicale, ristretto tra la testa del feto e le parti della madre, dopo che il corpo del feto ha traversata la pelvi. E' di grande importanza perciò che l'ostetrico impedisca questa compressione, e questo può ottenersi col far discendere la testa del feto nella pelvi, tostochè sia venuto fuori il di lui corpo. Non è necessario per tale oggetto di sollecitare l'uscita del corpo del feto, mentre al contrario è desiderabile che questo esca lentamente, perchè così le parti della madre resteranno più dilatate, e lo spazio maggiore, ed in conseguenza verrà opposta una minor resistenza al passaggio della testa. Ma se si procura di esser troppo solleciti ad afferrare i piedi; e ad affrettare il parto, col tirarli in basso, e di poi coll' estrarre avidamemte il corpo, si troverà che quando la testa viene ad occupare la pelvi, le parti molli della madre saranno troppo rigide, e non dilatabili abbastanza da lasciar passare il volume della testa, e così avrà luogo troppa dilazione, durante la quale il funicolo, moltissimo compresso, sarà cagione della morte del feto.

Se perciò al principio del parto le membrane non fossero rotte, dee aversi gran cura di non aprirle fintantochè la dilatazione, che è prodotta dalla compressione della borsa delle acque, sia giunta alla sua totalità (a). Se poi le membrane fossero di già rotte (ed io ho di già avvertito, che questo non è raro nel parto preternaturale) ed i piedi fossero trovati nudi nella vagina non conviene affrettarsi ad estrarli, ma è meglio lasciare il caso intieramente alla natura, finchè sieno venute fuori

---

tali casi, sul feto vivente fuorchè delle sue dita o degli uncini smussati. (Ved. parte II. di quest' opera, ove si parla dell' uso degli strumenti).

(*a*) Smellie *caso* 2. *Coll. XXXIII. mostra le cattive conseguenze della troppa fretta in tali circostanze. Se egli avesse accordato più tempo alla natura per compiere il parto così una quasi certezza che si sarebbe salvata la vita del feto.*

dell' orifizio esterno le natiche, durante il qual tempo le parti saranno dilatate tanto quanto lo permetteranno le circostanze. Tostochè le natiche sono venute fuori l' ostetrico dee impiegare la sua assistenza, affinchè la testa del feto possa avere una conveniente posizione nel traversare la pelvi. E' necessario infatti che questa sia volta in guisa che la fronte occupi la concavità dell'osso sacro, tosto che la testa ha traversato lo stretto superiore. Il lungo diametro della testa dee perciò esser primieramente in direzione del diametro più lungo, ossia trasverso della pelvi, affinchè la fronte possa dipoi calare nella concavità dell' osso sacro.

Essendo dunque necessario di bene esaminare la posizione del feto potremo assicurarci di questa mediante l' esame della situazione dei piedi. Se i diti sono voltati verso l' una, e l' altra sincondrosi sacro-iliaca il feto è pronto a prendere una buona direzione, perchè quando la fronte ha passato l' apertura superiore della pelvi scenderà naturalmente nella concavità dell' osso sacro, e così sarà molto facilitato il passaggio della testa a traverso la pelvi medesima. Ma se i diti guardano la simfisi del pube, e l' ombellico della madre, la testa verrà in una posizione svantaggiosa; non si adatterà prontamente alla forma della pelvi, e forse nel passaggio medesimo il mento può appuntarsi ed arrestarsi alle ossa del pube, lo che formerà una gran difficoltà per poterlo liberare da questa pessima situazione.

Per liberare il feto da questo accidente converrà che, immediatamente dopo passate le natiche fuori dell' orifizio esterno, si abbraccino le natiche, ed ambedue le cosce con una salvietta calda, e quando arriva una nuova doglia si dia tale inclinazione al corpo del feto, girandolo in guisa colle mani, come se si volesse dirigere la faccia verso la spina della madre (a). La salvietta è necessaria a far ciò perchè con questa può l' operatore abbracciare più fermamente il corpo del feto, che altrimenti potrebbe scivolarli dalle dita, e così l' operazione verrebbe a mancare di effetto. A fare un tal giro non vi sono molte difficoltà quando si operi con prudenza e con cautela; non

---

(a) *Le seguenti regole possono servire di norma ancora nei casi, nei quali si presentano le natiche, o quando secondono prima i piedi.*

si richiede molta forza; non è necessario che la parte anteriore del feto si volga totalmente in giro verso il dorso della madre, ma altro non si richiede fuorchè inclinarlo verso il medesimo. Durante la doglia, la quale coll'assistenza dell'ostetrico dà luogo al rivolgimento del feto, è probabile che venga espulso tutto il corpo, ed altro non resti nella pelvi fuorchè la testa del feto con le braccia distese sopra ambedue i lati della medesima. E' stata discussa lungamente la quistione se sia meglio, nei casi di parto preternaturale, finire il parto, lasciando i bracci così stesi sopra ambi i lati della testa, o abbassare i medesimi, coll'ajuto manuale, prima di fare alcuno sforzo per estrarre la testa dal corpo della madre.

Alcuni scrittori hanno asserito che i bracci non debbono esser tirati in basso, perchè essendo così stesi impediscono che l'orifizio dell'utero si contragga intorno al collo del feto, e che si opponga così al passaggio della testa; ma se alla prima porzione del parto si è permesso di avanzarsi con sufficiente lentezza per dar luogo all'orifizio dell'utero, che si dilati convenientemente; una tal contrazione è poco da temersi, e non è necessario di permettere che le braccia restino per tale oggetto entro dell'utero. Relativamente alla contrazione dell'orifizio di questo viscere debbo dire espressamente che una tale contrazione intorno al collo del feto succede veramente di rado. Quando ciò accade questo è intorno la parte superiore della testa del feto, prendendola in giro a guisa di una fascia in una linea quasi all'intorno delle ossa nasali della fronte, e al disotto della protuberanza delle ossa occipitali per la parte posteriore. Ma questa contrazione, per quanto si estende la mia esperienza, non succede mai prontamente dopo una totale e completa dilatazione dell'orifizio dell'utero. Perciò nei casi di nascita per le natiche, in cui il parto siasi avanzato lentamente, e l'orifizio dell'utero in conseguenza siasi rilasciato, ed aperto come conviene, non bisogna aver timore di un tale accidente. Nella presentazione però dei piedi, e nei casi, nei quali è convenuto girare il corpo del feto, se la nascita del corpo del medesimo è stata affrettata, è molto verisimile che possa aver luogo la contrazione dell'orifizio dell'utero sopra descritta, e questa è allora spesso cagione della morte del feto. In tali casi sarebbe meglio di non tirare in basso i bracci. Tutte le volte adunque che tali ragioni non esistono, siccome una tal pratica manchereb-

be di buon effetto, il miglior metodo sarà quello di disimpegnare le braccia, perchè così si rende più facile il sollecitare la nascita.

E' stato supposto ancora che le braccia, nella loro posizione di estensione sopra la testa, liberino il cordone ombellicale dalla compressione, ma resta ancora ad intendersi come con un maggiore volume di parti nella pelvi il pericolo della compressione possa esser diminuito. Una molto miglior ragione per non tirare in basso le braccia è il pericolo della lussazione o frattura delle medesime, e, se l'ostetrico sarà così incauto ed imprudente di farne l'estrazione in tempo non proprio, o d'impiegare della violenza e della forza più del necessario nell'eseguire l'operazione, il pericolo sarà prossimo. Quando però si faccia la cosa con cautela, e giudizio non vi è pericolo di sinistro accidente. L'operazione consiste nel passare il dito sopra le spalle del feto, scorrendo per quanto si può verso la piegatura del gomito, il quale allora essendo gentilmente abbassato darà luogo generalmente all'avambraccio di passare per la vagina, e senza difficoltà. Quando un braccio è stato portato fuori, l'estrazione del secondo è ancor più facile. La difficoltà dell'estrazione dipenderà dalla rigidità delle parti molli; perciò se accadesse che le dita dell' operatore non potessero giungere a toccare la piegatura del cubito, o non potesse prontamente liberare il braccio, sarà meglio di differire l'operazione medesima o di lasciarla totalmente, piuttosto che arrecare del danno al feto. Quando si tratta dei primi feti si richiede ancora molto riguardo al perineo, perchè questo non venga a lacerarsi nel passaggio del braccio.

Quando il parto è così inoltrato, che resta a nascere soltanto la testa, noi dobbiamo estrarla con tutta la celerità permessa dalle circostanze, perchè a poca cosa si riducono gli sforzi dell'azione uterina, quando si tratta di espellere soltanto la testa, e se questa resta lungo tempo nella pelvi, dopo uscito il corpo, la compressione sul funicolo sarà così grande da occasionare prontamente la morte del feto.

Interessa in tal caso di mettere un dito della mano sinistra entro la bocca del feto, servendo questo a due interessanti fini: cioè 1.° perchè con questo mezzo noi possiamo abbassare il mento, il quale cambia la posizione della testa, e le dà una situazione più conveniente

alla pelvi; 2.° perchè aprendo la bocca del feto può qualche volta accadere che una porzione di aria si faccia strada entro i polmoni, li distenda, e stabilisca in parte la funzione della respirazione, mediante la quale la vita del feto possa sino ad un certo punto esser prolungata (a).

Se il dito sia convenientemente introdotto nella bocca del feto, il braccio e la mano dell' operatore servono di sostegno al corpo del bambino, posti che sieno in tal direzione da facilitare l'espulsione della testa. Introdotto il dito indice della mano sinistra alla bocca del feto, si applicherà l'indice ed il medio della mano destra alla nuca del collo, restando un dito su ciascuna spalla, e così potrà essere impiegata una moderata forza per l'estrazione, portando in avanti la testa. Deesi però fare somma attenzione onde non accada la dislocazione della mascella, o di non apportare qualunque altra offesa al feto. L'estrazione della testa sarà qualche volta fatta più convenientemente facendo voltare la donna sopra il suo dorso, mentre l'operatore resterà in piedi durante tale operazione.

E' desiderabile che una tale operazione sia fatta durante la doglia e contrazione dell' utero, e che l' operatore cessi dal fare i suoi sforzi al termine della doglia medesima; ma se il caso sia urgente l' estrazione dee esser fatta senza aspettare le doglie naturali. La necessità per affrettare l' estrazione della testa, come si è di sopra osservato, posa sulla conservazione della vita del feto; ma sintantochè si sente la pulsazione del cordone ombellicale la vita del feto non è in un pericolo immediato. E' accaduto frattanto, non troppo raramente, che l' ardente desiderio dell' operatore di salvare la vita del feto ha mancato di successo, perchè se egli sia guidato dal medesimo ad impiegare una forza eccedente può in conseguenza occasionare qualche grado di storcimento nel collo del feto, e così rovinarlo; ovvero, se egli tiene le parti costantemente in stato di estenzione e di sforzo com-

---

(a) *Nel trattato di Ostetricia di* Pugh *pubblicato nel 1754 si trova delineato un tubo flessibile da introdursi nella bocca per insufflare l'aria nei polmoni, tutte le volte che esiste difficoltà, o dilazione nell'estrazione della testa; ma l'Autore non lo ha d'altronde raccomandato in modo da prestarvi molta confidenza.*

primerà così esattamente il funicolo ombilicale da interrompere del tutto la circolazione, dando luogo in tal guisa alla morte del feto; ma se invece cesserà a seconda delle circostanze dall' usar forza nell' estrazione, diminuirà la pressione del funicolo, e potrà esser conservata la circolazione.

3. *Della presentazione delle estremità superiori.*

Non vi sono presentazioni più pericolose nè più difficili a trattarsi che quelle delle estremità superiori, perchè se le parti, che si presentano, sieno la mano, il gomito, le spalle, o l' una e l' altra mano insieme, egli è chiaramente impossibile che tutto il feto possa passare per la pelvi a meno che questa posizione venga cambiata. La pratica degli antichi consisteva nel respingere il dorso e le braccia, e di portare la testa entro della pelvi ma questo metodo mancò frequentemente di successo, e fu dopo un qualche tempo abbandonato, principalmente dietro l' autorità di *Ambrogio Parè*, il quale insegnava doversi ricercare i piedi, e così estrar fuori il feto in qualunque presentazione preternaturale. Sembra adesso generalmente approvato, come più preferibile, il metodo di effettuare il parto con il rivolgimento dei piedi, perchè sebbene sia qualche volta praticabile la riduzione del braccio, e di portar la testa alla sua natural presentazione, pure l' azzardo di riuscire in questa guisa è veramente cosa da non tentarsi da un uomo saggio (a).

E' dunque una pratica stabilita che l' operatore introduca la sua mano entro dell' utero per prendere i piedi, e portarli fuori dell' orifizio esterno, e così convertire la presentazione delle braccia nel parto per i piedi (b). Quantunque la necessità di produrre questo cambiamento nella posizione del feto sia universalmente accettata, e sebbene

---

(a) Guillemeau, *sebbene allievo di* Paré, *vuole che per prima operazione si provi di portare la testa entro la pelvi e, se questo non può riescire, di cercare i piedi*; Bracken *ancora parla di questa operazione come facilissima, ma la sua autorità non è di alcun valore. Vedi appendice XV.*

(b) *Il Dottor* Breen *di Dublino in una memoria degna di tutta l'attenzione, pubblicata nel vol.* 14. *del giornale Medico d'Edimburgo, raccomanda all' ostetrico di portare in basso piuttosto i ginocchj anzichè i pie-*

sia da tutti ammesso che il rivolgimento sarebbe terminato tanto prontamente quanto è possibile, pure non è sempre in nostro potere di passare all'operazione così presto tostochè la natura del caso è verificata. In questa sorte di posizione preternaturale si può presentare una varietà di circostanze capaci d'imbarazzare l'operatore, e di aggiungere al caso difficoltà o pericolo più o meno grande. Non è adesso mia intenzione di enumerare qualunque difficoltà possibile, ma presenterò alcune poche osservazioni sul metodo di procedere in quattro differenti casi, il quale sarà sufficiente a render abile il giovine ostetrico nell' adattare il suo metodo al trattamento di tutti gli altri.

1. Se, prima che le membrane siano rotte e scaricate le acque, fosse certo che la parte, la quale si presenta, sia il braccio sarà meglio di non introdurre la mano fintantochè l'orifizio dell'utero sia abbastanza dilatato da permettere che la mano passi con sufficiente facilità entro dell' utero, perchè, fintantochè le membrane non siano rotte, non esiste pericolo, e la dilatazione delle parti è più facilmente, e convenientemente effettuata dalla borsa delle acque, che da qualunque altro mezzo. Ma sebbene possa essere non espediente per l'operatore di introdurre la sua mano finchè l'orifizio dell'utero è giunto ad un grado conveniente di dilatazione, egli non dee per alcun conto lasciare la sua paziente, potendo egli essere obbligato a mettere in opera nna dilatazione artificiale senza indugio, se le membrane aprissero improvvisamente la strada. Più

---

di, e il Dottor Hunter *soleva raccomandare di portare in basso le natiche. Parlando questo ultimo della presentazione del braccio nelle sue lezioni manoscritte, dice „ in questo caso voi dovete introdurre la vostra mano nell' utero, spingere in alto delicatamente il braccio, e ridurre il feto alla presentazione delle natiche, riducendolo per quanto è possibile al parto assolutamente per le natiche, esso potrà venire alla luce gradatamente, a motivo della testa e del cordone ombellicale, per paura che facendo altrimenti non si dia luogo allo strangolamento del feto. Se però voi trovate questo modo impraticabile, fate pure che venga per i piedi; ma sostenete il feto nei fianchi, più a lungo che potete, essendo questa la parte più larga, e la più inflessibile in vicinanza della testa.* „

presto che l' orifizio dell' utero sarà dilatato sufficientemente (e più che sarà completa la dilatazione di questa parte, più sicuro sarà l' esito del parto) l' operatore dee dilatare le parti esterne artificialmente, finchè non opponghino ulteriori resistenze all' introduzione della sua mano. Allora, portando lentamente la sua mano dalla vagina nell' orifizio dell' utero, egli dee insinuarla delicatamente in questa parte durante l' assenza delle doglie. Se trovasse che l' orifizio dell' utero è meno rilasciato di quello che si aspettava o di quello che è necessario, egli dee procedere alla dilatazione artificiale effettuandola con la massima lentezza, ed intermettendo ancora di tempo in tempo il suo lavoro, a seconda che crederà prudenziale. Avendo ottenuto tanto spazio da introdurre la mano nell' orifizio dell' utero, dee rompere le membrane, spingendo stabilmente il dito contro le medesime, tosto che la sua mano sarà venuta immediatamente a contatto con il corpo o con le membra del feto. Egli dee così inoltrarsi con la mano fintanto che tocca i piedi, i quali porterà accuratamente in basso lungo il bellico, e non verso il tronco del feto; e procedendo lentamente, troverà che, quando i piedi sono discesi, la presentazione del braccio sarà scomparsa, e quando le natiche sono giunte ad occupare la concavità del sacro, il braccio sarà entrato quasi del tutto o intieramente entro dell' utero. Il caso a questo punto è ridotto precisamente ad una presentazione per i piedi e dee esser tratto a seconda di quella (vedi pag. 64.). E' questo il più facile e sicuro caso di rivolgimento, perchè l' utero resta disteso in tutto il tempo dal liquore dell' amnios, il quale, dopochè le membrane sono rotte, è impedito di escire dal braccio dell' operatore spinto in alto della vagina o dell' orifizio dell' utero, cosicchè gli sforzi dell' operatore per rivolgere il feto non sono impediti dalle contrazioni dell' utero sopra del medesimo (a). In tutti quei casi pertanto, nei quali si conosce o sospettasi che la

---

(a) *Mulierem, cui in primo partu foetus brachium in integra adhuc liquoris amnii vesica erat praevium, intra 10. minuta feliciter versione obstetricavi. In secundo partu, in quo iterum brachium erat praevium, obstetrix vesica amnii rupta me vocari curavit. Ego pro versione finienda in hoc secundo partu media fere hora indigui. Hinc patet quantum differentiam faciat*

La mano dee introdursi con ogni cura per l'orifizio esterno, facendo attenzione di dilatare sufficientemente questa parte, e dipoi dee essere insinuata nella maniera la più delicata nell'orifizio dell'utero, e portata lentamente sulla superficie del feto, fintantochè si trovano i piedi, i quali si porteranno lentamente in basso entro della vagina, e finalmente fuori dell'orifizio esterno. Se durante il tempo che la mano è nell'orifizio dell'utero si eccitasse l'azione dell' medesimo, bisognerà applicarla in forma spianata sul corpo del feto, ovvero può essere ritirata alcun poco, mentre continua la doglia, e quando questa si dilegua, portarla di nuovo cautamente in avanti. E' generalmente più difficile in questo caso che nel precedente di portare in basso i piedi, e noi dobbiamo perciò contentarci qualche volta di un solo; ma il rivolgimento è sempre più sicuro, e più facilmente compito, quando noi ci possiamo impossessare di ambedue, che alloraquando se ne è potuto trovare uno solo.

3. Può ancora accadere che si presenti la parte superiore, e che sia evacuato il liquor dell'amnios, ma che l'orifizio dell'utero sia pochissimo dilatato, e forse duro e rigido. In questo caso si può tentare, se l'assistente lo crede opportuno, di fare una artificiale dilatazione, ma si troverà probabilmente necessario di aspettare con pazienza, finchè le parti sieno più rilasciate o dilatate, perchè, siccome eglino farebbero una grande resistenza all' introduzione della mano, è probabile che ogni misura per forzare l' ingresso della medesima nell'utero ecciterebbe un azione disordinata o spasmodica, o che venisse la lacerazione dell'utero medesimo, ovvero qualche altra grave disgrazia (a). Con un poco di tempo però la rigidità diminuirebbe, e si dilaterebbe la parte, sebbene con lentezza e con molta resistenza, a cagione della mancanza dell' azione meccanica della borsa delle acque, che agisce a guisa di un cuneo; pure alla fine vi sarebbe abbastanza di mollezza e dilatabilità da autorizzare l' ostetrico ad intraprendere

(a) *In tutti i parti contro natura, che procedono soltanto da cattiva situazione del feto, bisogna aspettare, per tirarlo fuori della matrice, che l' orifizio interno di questa sia passabilmente aperto, ed abbastanza preparato ed ammollito, per potere introdurvi la mano, senza troppa violenza* Mauriceau *Aph.* 185.

l' operazione, la quale sarà fatta con quella cautela, e lentezza descritta disopra.

4. Può inoltre avvenire che le acque sieno state evacuate di buon ora, che l' orifizio dell' utero sia più o manco dilatato, e che le doglie spesso ricorrenti sieno disordinatamente forti ed espellenti. Il tentare di rivolgere il feto in tali circostanze sarebbe probabilmente senza effetto, e si potrebbe mettere in gran cimento la madre. Quì pertanto nulla altra cosa resta a fare fuorchè vigilare attentamente sulla paziente, e o aspettare finchè l' utero sia esausto di forze, e gl' infruttosi conati, che fa per espellere il feto, divengano lenti ed incapaci di prolungarsi ulteriormente, ovvero procurare di diminuire la rigidità del sistema coll' emissione di sangue o con altri mezzi di deplezione (a) o col diminuire in fine l' azione dell' utero con una larga dose di laudano. Questo è il metodo raccomandato da *Hamilton* di Edimburgo, il quale parla di questo come quello, da cui possono attendersi i più buoni effetti, e la dose, che egli dava, è di 80. goccie (b). Nelle pazienti di un abito pletorico sarà frequentemente espediente di estrarre da 14. o 16. a 20. oncie di sangue prima di amministrare l' oppio (*)

(*a*) Capuron *raccomanda in tali casi il bagno caldo, ma questo non è stato troppo adottato in Inghilterra, ed io non posso parlare dei suoi buoni effetti per esperienza; sembra però che possa essere messo in prova con vantaggio.*

(*b*) *Select cases in Midwifery ec. By. J.* Hamilton jun: *M. D. p.* 102. 1796. *Vedi l' appendice XVI.*

(*) *La citazione dell' autorità di* Capuron *per consigliare in tali casi l' uso del bagno caldo, non farà dimenticare, io spero, quanto è stato detto alla pag. 23. parlando dell' uso delle fomentazioni. Se infatti la rigidità dell' utero dipende da un abito pletorico, da un eccessivo eretismo, nulla di più inconseguente del bagno caldo non preceduto dall' emissione di sangue. In quanto all' ammistrazione dell' oppio, comeche mai mi è venuto in mente di giovarmene, alloraquando, essendo medico condotto, sono stato invitato ad esaminare qualche caso di parto difficile, mi riporterò alla nota seconda pag. 22.*

Allora quando, per l' uno o l'altro di questi metodi, l'azione dell' utero resta sospesa bisogna cogliere la prima opportunità per procedere all' effettuazione del parto. Io conosco bene che alcuni pratici sono contrarj alla dilazione nell' uno o l' altro di questi due ultimi casi per le seguenti ragioni; primo perchè, dicono eglino, quando il feto è così collocato, e vi sono forti doglie, vi è molto pericolo della rottura dell' utero, perchè quest' accidente accade frequentemente in tali casi a motivo della protuberanza, che forma la testa, o qualcuno dei membri del feto, contro i quali l' utero è pressato con forza che al fine le di lui fibre si strappano e ne nasce la lacerazione. Adesso si sostiene che il pericolo in tal caso può esser prevenuto con un solo metodo, cioè col cangiare la positura del feto, lo che dee essere effettuato senza alcun riguardo. Io dirò che il pericolo della rottura dell' utero in tali circostanze sia grandissimo e innegabile, ma come potrà questo esser diminuito con i mezzi proposti? Vi sarà forse meno azzardo negli sforzi dell' operatore nello spingere in alto la sua mano in opposizione della fortissima resistenza dell' utero? Nò certamente. Non è forse il tentare l' introduzione della mano la stessa cosa che eccitare l' azion dell' utero in un modo ancora più disordinato, e conseguentemente accrescere piuttostochè diminuire il pericolo? Se si ricorre ai fatti noi averemo senza dubbio delle prove che la rottura dell' utero è accaduta per violenti e ostinati tentativi dell' operatore, così spesso per lo meno, quanto per la pessima posizione del feto.

Secondariamente si obietta che, se l' utero non venga rotto a cagione delle proprie fortissime contrazioni, le stesse doglie del parto obbligheranno a poco a poco il braccio, le spalle, il petto, e forse la testa del feto ad impegnarsi così fortemente nella pelvi da rendere impossibile l' introduzione della mano dell' operatore entro dell' utero dopochè le doglie cominceranno a sospendersi (a).

Nella pratica dell' ostetricia egualmente che in altre branche dell' arte salutare noi abbiamo alcune volte la scelta soltanto delle difficoltà, e tale è l' impero della necessità da doversi lasciare la scelta alla direzione e giu-

---

(a) *Il* Dottor Hamilton *nei suoi* casi scelti *presenta l' osservazione di un caso di tal natura, al quale aggiunge alcune osservazioni veramente giudiziose.*

dizio del pratico in ciascun caso particolare, nel quale egli si trova. Io non sono disposto a riguardare con indifferenza il pericolo che vi è quando il feto è impegnato nella pelvi, con questa preternaturale presentazione; sono tuttavia grandemente inclinato a credere che vi sia minor pericolo in questo caso che nell'introdurre forzatamente la mano durante lo stato di rigidità dell' utero, quando cioè sono ancora attivissime le contrazioni, e somma l'irritabilità. Soprattutto poi io sono d' opinione che vi è maggior probabilità di far del bene colla dilazione, e coll' usare quei mezzi capaci di moderare l'eccessiva azione dell' utero anzi che nel persistere a introdurre la mano quando l' utero oppone una così ostinata e forte resistenza; ma tostochè quest' azione eccessiva più non esiste il rivolgimento sarebbe intrapreso in un modo il più sicuro (b).

Potrebbe, in tali circostanze, farsi conto ancora come una ulteriore giustificazione della dilazione, del curioso fenomeno esposto accuratamente per la prima volta dal Dott. *Denman*; e di poi ancora da altri autori. E' accaduto per azzardo nella circostanza di simili presentazioni che le doglie del parto hanno dato luogo alla discesa delle natiche o dei piedi così in basso della pelvi da essere spinti fuori dell' orifizio esterno, e così il rivolgimento del feto è stato prodotto senza l' intervento dell' operatore. In uno o due di questi casi i bambini sono inoltre nati vivi, e questo caso è chiamato dal Dott. *Denman* — evoluzione spontanea del feto —.

Il Dott. *Douglas* di Dublino mi ha gentilmente favorita la copia di una memoria interessantissima su questo soggetto, nella quale egli espone in un modo soddisfaciente e chiaro il processo del medesimo, ed egli è più portato a credere che la spontanea evoluzione sarebbe più frequente se dall' ostetrico assistente si ponesse più frequentemente confidenza nella medesima (a). La ricorren-

---

(*a*) *Vedi appendice XVII.*

(*b*) An explanation of the process of the spontaneous Evolution of the foetus, with some remarks, intended to induce an Inquiry, whether the usual mode of Delivery be the more eligible in Arm presentations. By. John C. Douglas M. D. Dublin second edition 1819. *Fu parimente pubblicato in Dublino una memoria piena di*

za dell' evoluzione spontanea è stata nonostante comparativamente così rara, che alcuno non sarebbe giustificabile di avere confidato su della medesima (a). La cognizione che questa sia qualche volta accaduta può per vero dire, in certe circostanze di una opposizione estrema all' introduzione della mano entro dell' utero, farci prendere il partito di dilazionare, come ho rammentato di sopra; ma noi non dobbiamo permettere giammai che una tale idea ci autorizzi a trascurare i mezzi che abbiamo, ed il tempo conveniente per il rivolgimento del feto, quando è in nostro potere. E' dovere dell'ostetrico in ogni occasione di lasciare alla natura qualunque possibile opportunità per mettere in opera i suoi sforzi, onde liberar la paziente: ma è egualmente un dovere dell' ostetrico di interporre a tempo l' assistenza dell'arte, quando gli sforzi della natura sono imbarazzati ed oppressi; altrimenti, quando la natura è ridotta ad abbandonarsi sotto i propri sforzi, la paziente sarà vittima dell' indugio.

Io non ho cercato di dare alcuna regola per la posizione della paziente nel tempo che l' operatore effettua il rivolgimento del feto, perchè sarà sempre preferibile

---

giudiziose osservazioni sull' evoluzione spontanea del feto del Dottor John Kelly *nel* 1816.

(*b*) *Il* Dottor Gooch *ha descritto un caso di ciò che chiamasi evoluzione spontanea del feto, nel quale sostiene in ciascuna parte l' esposizione di questo processo data dal* Dottor Douglas. *Dice molto bene a proposito il* Dottor Gooch „ *presentemente è impossibile il dire quale influenza sia per avere nella futura pratica dell' ostetricia, in caso di presentazioni del braccio, una esatta ed accurata cognizione di questo processo, delle sue cause, del suo meccanismo, e del mezzo di facilitarlo. Nello stato attuale però delle nostre cognizioni, la cognizione di un tal fatto dee avere poca influenza sulla nostra pratica. Se il braccio e la spalla sono spinti molto in basso ed il torace comprime fortemente il perineo, il miglior partito sarà quello di aspettare per ben poco tempo, al dilà del quale, qualunque ostetrico, che per la cognizione di un fatto così raro si scoraggisse dal fare il rivolgimento nei casi di presentazione del braccio, sarebbe colpevole, io credo, di una criminosa irresoluzione.*

quella posizione, nella quale esso trova più libero l'uso delle sue mani e del suo braccio, ed una posizione che può esser trovata molto conveniente in alcune circostanze, in altre ha bisogno di esser cangiata. Io generalmente incomincio la mia operazione avendo la paziente situata, giusta la consueta posizione, sul sinistro lato (*), con i

(*) *In tutte le nazioni, che hanno un esistenza politica, ed un amor patrio egualmente diffuso in tutte le classi del popolo, gli usi sono comunissimi. Mi sono trovato in Londra a vedere prendere il tè, alle persone le più miserabili, che talvolta sono stato a visitare coll' ottimo mio amico, dotto ed esemplarissimo Ecclesiastico, Dottor Angelo Baldacconi, Paroco a Lincoln's Inn Fields. Così è comune a tutte le donne Inglesi il partorire sul sinistro lato, ed è da esse riguardata una tal posizione come più naturale di ogni altra, meno penosa o conquasante. Mi aveva asserito digià il sig.* Angeloni, *Profess. Aggiunto alla Cattedra di Ostetricia in Siena, che essendosi trovato ad assistere al parto di qualche Signora Inglese, e che pregata a volere prendere in letto la posizione sul dorso, come si pratica dalle donne Italiane, dopo breve esperimento ritornò a prendere quella sul fianco come meno incomoda. Essendomisi adunque presentata l' occasione di assistere con un ostetrico mio amico ad un parto in buona presentazione ho osservato che la posizione sul sinistro fianco si è presa al cominciare delle doglie espellenti, poichè dapprima la donna stava passeggiando per la stanza, ma ho osservato ancora che questa posizione (della di cui maggior convenienza, e comodità non intendo dare assoluto giudizio) dimandava una particolare assistenza, quella cioè di una persona, che prestasse con le sue mani un punto d' appoggio fortissimo alla parte inferiore della colonna vertebrale, nel ricomparire di ciascuna doglia, fintantochè la testa non cominciò a sporgere fuori dell' orifizio esterno, dopo di che la partoriente, che così ansiosamente dimandava tale soccorso, non mi parve tanto sollecita del medesimo. Se avessi dovuto giudicare del minor patimento dalle poche grida della paziente, dovrei credere che fosse veramente leggiero: ma il poco lamentarsi dei dolori è ancor questo un carattere nazionale, e perciò non può servire per stabilire*

fianchi portati prossimamente, ed anche in sponda precisamente del letto, e così mi servo della destra mano. Qualche volta io ho trovato che mentre la paziente era così collocata ho potuto operar meglio colla mano sinistra, ovvero se ho preferito di usare della destra sono stato obbligato a farla situare sul destro lato. *Daventer* raccomanda che la paziente sia collocata su i suoi gomiti e su i ginocchj, io ho in qualche occasione adottata questa posizione con vantaggio. E' particolarmente eligibile quando la paziente faccia dei contorcimenti e delle forze contro l'ostetrico, che opera, perchè in questa positura è meno in suo potere il movimento delle membra. *Smellie* era gran partigiano della posizione delle donne sul dorso, colle natiche più elevate delle spalle; ma io non mi sono accorto che da una tal posizione ne venga alcun particolar vantaggio, durante l'azione del rivolgimento. Quando il corpo del feto è portato fuori del corpo della madre, io ho qualche volta creduto di aver facilitato il passaggio della testa attraverso della pelvi collocando la mia paziente sul dorso (a).

---

un confronto. Pur tuttavia da quei segni di patimento, che si manifestano ancora nelle persone le più tolleranti, e sopratutto poi dal poco mostrarsi la violenza dei tremori delle membra, che accompagnano gli ultimi dolori espellenti, mi parve che questa posizione fosse per la donna realmente più comoda. Io non consiglierei frattanto i nostri Chirurgi a far prendere una tale situazione nel caso di dover fare una operazione, come quella di cui si tratta, essendo difficile il potere operare con la stessa facilità e sicurezza, quando si è appreso ad agire tenendo le pazienti situate sul dorso. Nei casi poi di qualche leggiera obliquità dell' utero, ed anche nell' eutocia simplex, *non consiglierei una tal posizione prima che la testa sia di già impegnata nella pelvi, nè quando vi sono assistenti di poca capacità.*

(*a*) *Meritano attenzione le regole date da* Plenk *nei suoi* Elementa artis obstetriciae *pag.* 161. *Dice in questi ,, Situs ad versionem parturienti atque obstetricatori sit commodus. Hinc* 1. *Parturiens lecto* transversim *imponatur*. 2. *Pudendum parturientis margini lecti transverso super stragulis brevibus libere adeo incumbat, ut manus obstetricatoris commode pu-*

In tutti i casi di rivolgimento sarà necessario di avere il braccio nudo, perchè i piedi saranno raramente nel pugno della mano dell' operatore, prima che il suo gomito sia pressochè entrato nell' orifizio esterno. La mano e il braccio debbono essere spalmate con unguento, o con olio, o qualunque altra sostanza grassa prima d' incominciare ad introdurre la mano, perchè così ne sarà reso più facile il passaggio. Il Dott. *Thynne* raccomandava di spalmare il braccio con sapone ed acqua, tanto che si formasse una patina considerabile su del medesimo, e questo riesce utilissimo in pratica; alcuni hanno raccomandato le decozioni di malva e di semi di lino, altri la chiara d' uovo, ed altri hanno proposto inclusive l' olio caldo, onde fare delle iniezioni all' utero, prima d' incominciare il rivolgimento del feto.

4. *Della presentazione del dorso, del bellico, o dei fianchi.*

Ciascuna di queste presentazioni è descritta nel rapporto della *Maison des Accouchemens* come accaduta una volta in 5,833 parti, Madama *Boivin* nel suo *Memorial de l' art des accouchemens* ha dato una delineazione di queste posizioni, ma ammette che in 20,517 casi di donne, che hanno partorito all' ospizio di Maternità di Parigi, nessuna di queste presentazioni ha avuto luogo all' esatto termine della gravidanza. Il Dott *Bland* nel suo calcolo dei casi ec. in conseguenza del parto, non dà notizia di simili presentazioni. Il *Dott. Denman* dice, io non fo menzione dei segni, i quali posson servire a far distinguere il dorso, il bellico, o i lati, perchè questi propriamente parlando non costituiscono la parte che si presenta, e quantunque sia possibile che queste parti sieno sentite, pure non si avanzano giammai entro della pelvi, al principio almeno del parto (*Introduction to Mid-*

---

dendo immergi possit. Altitudo situs parturientis sit, ut pudendum parturientis respondeat umbilico obstetricatoris. 3. *Adjutrix sedeat in lecto transverso ad caput parturientis, et suo sinu femorum caput parturientis excipiat, ne corpus sub foetus extractione vacillet, vel e lecto cadat.* 4. *Crura parturientis sedilibus duobus lecto transverso adpositis, firmiter insistant, et ab adjutrice divaricata teneantur.* 5. *Operator inter femora et crura parturientis stando peragat versionem.*

wifery pag. 423.) *Hunter* dice = io ho letto molti autori ove si parla della presentazione dell' ombellico, o al contrario, ove si dice che introducendo le dita si trovi il mezzo della spina: ma io non credo che una tal cosa sia possibile in natura, la forma della cavità dell'utero, di quella della pelvi ec. tutto concorre a non ammetterla (*Lectures*, *MS.* 1765.). Nella estesissima pratica del mio Zio, il fu *Dott. Merriman*, ed in quella mia propria, che tutta insieme ammonta quasi a 20,000 parti, non è accaduto alcun caso di una o dell'altra di queste presentazioni, eccettuato uno o due casi, nei quali la madre non era giunta al termine della gestazione settimestre; ed in questi i feti passarono per la pelvi addoppiati. Io sono tuttavia stato informato, da un acuratissimo ostetrico di provincia, che egli ha trovato due volte la presentazione del dorso. Se un così raro caso occorresse ancora, è possibile che nel corso del parto la presentazione potrebbe cangiarsi in una più favorevole; ma se non accadesse spontaneamente alcun cangiamento nella posizione, l'introduzione della mano farebbe necessaria, più presto che le parti avessero una sufficiente dilatazione, per portare in basso i piedi, e per liberare la donna prima che le forze sieno troppo esauste (a). *Smellie* e *Leake*, con qualcun altro ancora, parlano di avere avuto dei casi di presentazione dell'ombellico (b); ma se ciò è accaduto giammai, il caso è estremamente raro (*).

(*a*) *Vedi l' Appendice XVIII.*

(*b*) Perfect *nel suo primo volume dei casi, pag.* 26, *descrive una presentazione del funicolo e del bellico; ma la sua propria deposizione dimostra che andò soggetto ad errore. Egli dice che, passando la sua mano nella vagina, trovò il muso di tinca; lo aprì a grand stento, e quì sentì qualchè cosa di soffice, che da principio suppose essere le natiche; ma esaminato nuovamente riconobbe l'inserzione del funicolo nell' ombellico, e da ciò concluse che la parte, che presentava il feto, era l' ombellico. Egli stabilì di ridurre il parto per i piedi, e introducendo la mano a quest' oggetto, li trovò uniti insieme raddoppiati sopra il petto „ Ora se i piedi erano situati in tal guisa, come è possibile che il feto potesse presentare il bellico?*

(*) *Questo caso non si considera da altri autori*

5. *Della presentazione del funicolo ombellicale* (*parte preternaturale di* Burns Ord. 6. *Dystocia a secundinis elapsis di* Sauvages §. 8.).

Questa sorte di presentazione sembra essere stata altre volte molto malintesa: Si supponeva che, quando il funicolo scende per l'orifizio dell'utero nella vagina, o fuori dell'orifizio esterno, il feto giacesse attraverso la pelvi col bellico sull'orifizio dell'utero (a), e questa è la posizione, che rappresentasi nelle tavole date da *Smellie*, sebbene questo caso sia rarissimo o non accada giammai. Quando si presenta il funicolo si troverà al di là di esso o la testa, o le natiche, o una delle estremità. In questo caso la difficoltà del parto non si aggira intorno al pericolo della madre, ma alla somma probabilità della perdita del feto. Bisogna fare attenzione dunque alla pulsazione del funicolo, e se la pulsazione non si sente è segno che il feto è di già morto, nè il parto dee trattarsi altrimenti di quello che se il funicolo non fosse disceso (b).

---

tanto estremamente raro quanto dal Dott. Merriman (*vedi* Mauriceau, *ed altri più recenti Scrittori Francesi*; Stein, *e* Roederer). *Io sono d'accordo con l'autore della presente Sinossi per non convenire con* Roederer *e qualunque altro, che sostenesse esser la presentazione del cordone ombelicale un indizio sicuro della presentazione del basso-ventre* (Roederer *tradotto da* Galletti §. 652): *ma sono bensì d'accordo con l'ostetrico Tedesco che un feto può benissimo presentare il bellico, ed avere le gambe raddoppiate sopra del medesimo; così che mi sembra bene ammissibile il caso di* Perfect *sopra citato, che i piedi cioè potessero essere uniti verso il petto, e che le gambe divaricate lasciassero sentire alla mano esploratrice l'ombellico, come la parte, che si presentava all'orifizio dell'utero.*

(*a*) *Questa opinione non è ancora abbandonata.* M. Maygrier *suppone che il prolasso del funicolo indichi sempre la presentazione dell'addome = Mais un signe, qui ne laisse aucun doute sur la presentation du ventre, c'est la presence du cordon ombilical* „ Methode pour manoeuvrer les Accouchemens. 1804. *pag.* 49.

(*b*) *La morte del feto nel prolasso del cordone ombellicale è stata attribuita da* Exton *e da altri alla congelazione del sangue per l'esposizione al freddo;*

Se vi fosse pertanto la pulsazione noi siamo assicurati che il feto è vivente, e questo ci guida a considerare qual sia il miglior compenso da scegliersi per preservare la di lui vita.

Tre sono gli espedienti raccomandati a quest' oggetto: 1.° Di lasciare avanzare il parto finchè la testa del feto possa prendersi dal forcipe, e così affrettare il parto per mezzo di quest' istrumento. 2.° Di allontanare il cordone ombellicale dal punto ove potrebbe soffrire la compressione. 3.° Di affrettarsi a liberar la donna mediante il rivolgimento del feto prendendolo per i piedi.

Il primo metodo possiede ben pochi vantaggi al dilà di ciò che può guadagnarsi, affidando il caso intieramente alla natura. In tali circostanze quando la madre ha avuto per lo innanzi altri figli, quando la pelvi è molto larga, il feto piccolo, le doglie forti e pronte, il figlio è passato vivo senza straordinaria assistenza, ma la probabilità di una tale avventura essendo così remota (a), si avrebbe torto di affidarlo alla natura, mentre si presentano da se stessi altri mezzi per prestarvi assistenza. Quando però si trovasse impossibile di rimuovere il funicolo dalla sua posizione ove è compresso, o la testa del feto fosse discesa così in basso nella cavità della pelvi, o se si presentasse qualunque altra circostanza da rendere azzardoso il rivolgimento del feto, può essere ammissibile l' applicazione del forcipe come l' unica risorsa che resta ad impiegarsi.

---

ma è fuori di ogni dubbio che la morte è sempre occasionata dalla compressione del funicolo tra le parti del feto, e quelle della madre, ed è per allontanare gli effetti di questa compressione, che si domanda l'assistenza dell' ostetrico.

(a) *Siccome vi è molto più spazio ai lati della pelvi e tra le sincondrosi sacro-iliache, che verso il pube potiamo concludere con sicurezza che, quando il prolasso del cordone ombilicale occupa qualcuna di queste cavità, il pericolo della compressione sarà minore. Un' esatta cognizione della situazione del funicolo si rende perciò assolutamente necessaria, ed ha tanta influenza sopra di noi da poterci fare scegliere il metodo di pratica più conveniente in tali casi. Vedi l' Appendice XIX.*

Il secondo metodo meriterebbe la preferenza nella elezione, se si potesse mettere sempre in pratica; ma i mezzi di effettuare la riduzione del prolasso del cordone ombellicale non sono sempre facili. E' stato proposto di prenderlo sulla estremità delle dita, o sopra un pezzo di canna da zucchero o di osso di balena biforcato, ed introdurlo entro dell' utero sopra della testa del feto in guisa da impedire che il funicolo sia compresso, quando la testa discende, contro la pelvi; ma questo espediente si è trovato fallire spesso, perchè nel ritirare delle dita o dell' istrumento biforcato il funicolo è generalmente disceso di nuovo nella vagina. Il *Dottor Aitken* dice che una stecca d' avorio posta all' orlo della pelvi a guisa di leva per ritenere, e portare in alto il cordone ombellicale lo rimette in sito con sicurezza (a): ma molte prescrizioni di *Aitken* sono veramente chimeriche. Il *Dottor Makenzie* una volta ottenne un più felice successo col tirar fuori dell' orifizio esterno tutta quella parte di funicolo ombellicale, che potè discendere, e racchiudendolo tutto in una piccola borsa legata delicatamente, qual fu passata entro dell' utero al dilà della testa del feto ove potè restare, ed il feto nacque vivo. Questo metodo sembra poter riuscire ed incoraggire l' esperimento; ma *Makenzie* ottenne il pieno successo una sola volta (b), ed io che l' ho provato non ne ho ottenuto alcun vantaggio. Il fù *Cav. Riccardo Croft* ha referito due casi, nei quali egli potè riuscire portando il funicolo caduto entro l' orifizio dell' utero, e sospendendolo sopra uno dei piedi del feto. In ambedue questi casi i feti nacquero vivi (c) *Hogben* (d), e *Hopkins* (e) raccomandano di introdurre una spugna per impedire il funicolo di discendere lungo la testa, dopochè egli è stato rimesso al più presto possibile al disopra dello stretto della pelvi sia con le dita o con qualunque altra maniera. Ciascuno dei precedenti metodi, che sembrano praticabili in qualche particolar caso potrebbero esser messi in uso, ma vi è ragione di credere che eglino mancheranno frequentemente di effetto.

(*a*) *Principles of Midwifery* 1786 *pag.* 152.
(*b*) Denman' s *Midwifery* 4 *pag.* 559.
(*c*) *London Medical journal vol. VII. pag.* 38 1786
(*d*) *Obstetric studies* 1813 *pag.* 62 (*e*) *Accoucheur' s Vade-mecum* 1814 *pag.* 193.

Il terzo metodo proposto, quello cioè di affrettare il parto mediante il rivolgimento del feto nell' utero prendendolo per i piedi, può soltanto essere abbracciato sotto certe favorevoli circostanze (d). Bisogna rammentare che dal rivolgimento del feto non ne può derivare possibil vantaggio per la Madre, e che ciò, che noi abbiamo in vista di bene, è relativo sol tanto al primo. Nei casi pertanto di mancanza di pulsazione del cordone ombellicale, lo che è certo indizio della morte del feto, il rivolgimento non dee per alcun conto essere intrapreso. Anche in quei casi, nei quali alcune circostanze rendessero sommamente improbabile che la vita del feto possa essere conservata, mediante il rivolgimento, sarebbe veramente imprudente il mettere in pratica l'operazione, perchè, essendo il rivolgimento del feto nell' utero un operazione sempre più o meno azzardosa per la Madre, non è giustificabile di metter questa in pericolo, a meno che vi sieno ben fondate speranze di salvare il feto. Se però vi fosse sufficiente probabilità di ottenere mediante il rivolgimento il fine desiderato, la Madre non dee ricusare di rischiar qualche cosa in grazia del suo figlio.

Quanto si è detto fin quì è principalmente applicabile alla presentazione del funicolo, che scende lungo la testa. Quando poi il cordone si presenta insieme con qualunque altra parte, le particolarità del caso serviranno di guida all' ostetrico nella sua pratica. Se il braccio ed il funicolo si presentassero insieme, bisognerebbe in tal circostanza aver ricorso al rivolgimento, perchè questa operazione diverrà allora necessaria non a causa della discesa del funicolo, ma perchè è disceso il braccio.

(d) Il Dott. Haighton *nel suo sillabo delle lezioni di ostetricia del* 1811 *dà la seguente enumerazione di queste circostanze favorevoli :* 1.° *La pulsazione del cordone ombellicale, che provi la vita del feto ;* 2.° *La sua testa non entrata ancora nello stretto della pelvi ;* 3.° *Doglie non troppo forti ;* 4.° *Stato di rilasciamento delle parti esterne da permettere il pronto disimpegno della testa.*

Ordine VIII. Dystocia gemina
Parto di due (o più) fanciulli.

Sinonimia.

Parto anomalo di *Deman* Ord. 3. Parto preternaturale di *Burns* Ord. 7. Dystocia geminorum della nosologia di *Young*. Nascita di più figli di *Aitken* (*).

E' raro il potere assicurare che sono nell' utero due figli prima che sia nato il primo, pure qualche volta è riconosciuto durante il primo parto dalle membrane di ciaschedun feto, sentite allo stesso tempo nella vagina, e qualche altra dallo scendere insieme delle differenti parti dei due feti (a).

(*) *Per quanto la definizione sia contenuta nel nome (Dystocia gemina) pure potrebbe cadere in dubbio se a tutti i parti gemelli si debba annettere l'idea di una distocia, e se a questa possa parimente riferirsi quello di tre e più feti. Nel primo caso è certamente ben raro, nelle più favorevoli circostanze, che l'uno e l'altro feto insieme non diano alla madre maggiori pene del parto di un solo. In quanto al parto però di più di due, se è vero che i feti per la piccolezza della loro mole incontrano minori difficoltà nell'uscire dal corpo della madre, può dirsi una distocia soltanto per il fine, che si propone la natura, perchè ignoro se alcuno di questi ultimi abbia potuto giammai campare la vita: ma non per quello che si soffre dalla madre* (Vedi l'Osservazione sopra un parto di cinque gemelli accaduto in una Ebrea di Corfù *del* Sig. Petretin *riportate nel Vol. I. del* Giornale medico chirurgico di Flajani *e l' altro caso di* tre gemelli *riferito nel Vol. VII ove si dice che l' ostetrico Tedesco, dal quale fu osservato un tal caso, potè, nell' esplorazione fatta per le parti sessuali, sentire al di sopra delle membrane un movimento, come se molte braccia, e gambe fossero simultaneamente in azione*)*. Ambedue le madri partorirono con molta facilità. Niuno dei feti campò la vita, al di là di poche ore.*

(a) *Nel* Medical and Physical Journal *vol. 26. pag. 29.*

Ciascuno dei gemelli è comunemente più piccolo di un feto solo, ed il parto dei gemelli al nascer del primo è spesso molto più rapido dell' ordinario, dal che il pratico forma la prima idea della possibilità di assistere ad un parto gemello. Altra volta, quantunque sia evidente, mediante il tatto, la piccolezza del feto, e la grandezza dello spazio, per permetterne la sortita, pure le doglie, sebbene frequenti, non bastano per espellerlo. Da una tal circostanza può l'assistente esser indotto a sospettare che l'azione uterina è impedita, o interrotta da un altro feto, che occupa il fondo dell' utero.

Ogni qualunque volta vi sono delle buone ragioni per sospettare la esistenza dei gemelli, è un dovere dell' ostetrico di non lasciare la camera della puerpera prima di essersi pienamente sodisfatto sopra questo punto. Generalmente egli può far ciò collo stender la sua mano sopra l' addome della madre, o coll' introdurre uno o due dei suoi diti nella vagina, ma piuttostochè restare in dubbio, quando questo abbia luogo, sarà meglio introdurre ancora tutta la mano.

Molte diversità di opinioni hanno avuto luogo tra gli ostetrici, relativamente al miglior metodo di trattare il parto dei gemelli; ma questa differenza esiste soltanto in riguardo al secondo parto, perchè il primo richiede precisamente lo stesso trattamento, come il parto di un solo. Così se il feto si presenta naturalmente il caso dee lasciarsi alla natura come nell' *Eutocia*; se si presenta preternaturalmente, o abbia luogo qualunque altra circostanza, costituente un parto difficile, dimanderà quella specie di

---

il Dott. Clough *riferisce un curioso caso di gemelli, ambedue i quali furono scoperti dalla mammana. Uno di essi presentava i piedi, e l'altro la testa. Quando fù chiamato il* Dott. Clough *a cagione del parto molto ritardato, trovò i piedi, ed il corpo di un feto con i bracci abbassati da ciascun lato avanzatosi per l' orifisio esterno. Incominciò a tirare in basso le spalle fintantochè trovando delle difficoltà potè riconoscere, mediante nuovo esame, che la testa del secondo feto, e quella del primo erano impegnate insieme nella pelvi. Mediante gli sforzi dell' utero la testa del secondo feto fu espulsa, e così quella del primo; ambedue erano morti da lungo tempo. La madre si ristabilì.*

trattamento conveniente ai vari ordini di *Dystocia*. Se però il caso fosse tale da rendere necessario il rivolgimento del feto, l' operatore dee avere gran cura di non cadere in inganno a cagione delle membra dei due feti, e così di evitare il caso di portare in basso un membro di ciascheduno dei due, e rendere il caso più imbarazzante e pericoloso. Dopoche però sarà venuto alla luce il primo figlio, la questione si riduce a sapere se la nascita del secondo debba esser lasciata alla natura, ovvero terminata dall' arte.

E' noto abbastanza essere accaduti diversi casi, nei quali il secondo feto è restato molte ore, o giorni (a) dopo la nascita del primo. Non essendo da ciò seguiti danni, pericoli, o inconvenienti notabili, alcuni hanno inferito che, invece di affrettarsi a far nascere il secondo, sarà sempre più sicuro affidarlo alla natura; e che l' intervento dell' arte, se pure è mai necessario, lo è veramente di rado. Altri avendo conosciuto le perigliose, e non raramente fatali conseguenze di permettere che il secondo feto resti lungo tempo nell' utero, dopochè il primo è nato, hanno argomentato esser sempre conveniente accelerare la nascita col soccorso dell' arte. Altri infine hanno tenuto un partito di mezzo, e ci consigliano ad aspettare un tempo moderato e ragionevole, prima di interporre i mezzi dell' arte per effettuare il secondo parto, e sembra essere opinione di alcuni autori di gran giudizio, e criterio che il tempo conveniente ad aspettare sia di circa quattro ore.

(a) *Nel* Medical and Physical Journal *per l' aprile* 1811 *vol.* XXV. *pag.* 311. *è riferito un caso di gemelli, nel quale il secondo feto fù ritenuto per quattordici giorni dopo la nascita del primo, e l' autore di questa comunicazione asserisce esser venuto a sua notizia un altro caso, nel quale tra la nascita dei due gemelli erano scorse sei settimane.*

= *Nel* 4. *Marzo* 1814 *la Moglie di M. Giacomo Pickevorth, fidatore di bestiame di Dempringham nella contea di Lincoln si sgravò di due fanciulli, dopo di che essa si ristabilì così bene che si alzò nel giorno appresso, e restò in questo buono stato fino al sesto giorno, nel quale poi si sgravò di due altri fanciulli* = Gentleman's Magazine. March 1814.

Si potrà negare difficilmente che dee accordarsi un certo tempo, perchè ritornino nella donna le forze, e per dare opportunità al secondo parto, onde abbia luogo spontaneamente; ma vi saranno spesso delle difficoltà per determinare quale spazio di tempo si debba considerare come conveniente a tale effetto. Vi sono, come bene immagino, molti casi, nei quali sarebbe poco saggio consiglio l'aspettare un tempo così lungo, come le quattro ore, prima di eccitare artificialmente la nascita del secondo feto, come sarebbe: 1.° Quando le circostanze hanno reso necessario il soccorso dell'arte per estrarre il primo feto; 2.° Quando il secondo feto si presenta in una posizione preternaturale; 3.° Quando nell'intervallo dei due parti comparissero convulsioni, emorragia, o altri accidenti. Nell'uno o nell'altro di questi casi non vi può esser dubbio, io credo, della convenienza di affrettarsi a terminare il parto molto tempo prima che sieno scorse le quattro ore. Nei casi ancora, nei quali il primo parto è stato favorevole, ed il secondo feto è in una posizione conveniente, si può dubitare se possa derivare verisimilmente alcun vantaggio dal lasciarlo stare quattro ore prima d'intraprendere alcuna prova per facilitarne il parto. Per vero dire, quando esistono circostanze così favorevoli, le doglie secondarie sopravvenienti poco dopo al primo parto sono bastanti ad espellere il feto; ma se questo non accedesse sarebbe prudente di eccitarle colla rottura delle membrane a capo di un tempo molto minore delle quattro ore. Io ho conosciuto, in varie occasioni, che quando si è permesso che scorresse un periodo così lungo, le doglie del secondo parto sono state più atroci di quello, che sarebbero state se l'azione dell'utero si fosse eccitata molto prima. Io non vorrei sembrar giammai avvocato della precipitazione in qualunque parte dell'esercizio dell'arte di assistere ai parti; ma avendo conosciuto in più di un caso il danno insorto dalla dilazione nell'estrarre il secondo gemello, credo giustificabile per me il raccomandare un metodo opposto, quantunque alquanto differente da quello, che è stato pensato da altri ostetrici pratici.

Le seguenti regole sono un saggio della pratica, che io ho tenuto per abitudine nei casi di *Dystocia gemina*.

1. Quando ambedue i feti si presentano preternaturalmente, ed il parto del primo è terminato senza artificiale assistenza, e senza molta fatica della paziente, ho aspettato la spontanea sopravvenienza delle seconde doglie; ma se

queste non venissero a capo di uno spazio breve, o ragionevole (a) di tempo io rompo le membrane, ed allora trovo generalmente che il secondo feto passa per la pelvi con una facilità comparativamente maggiore, essendo state le parti di già sottoposte ad una sufficiente dilatazione. 2. Se il primo parto è stato naturale, e il secondo feto si presenta in una cattiva direzione, io ho stimato generalmente espediente, dopo una breve dilazione, di estrarlo mediante il rivolgimento dei piedi. 3. Se il primo parto è stato preternaturale, molto difficoltoso o pericoloso; questo mi è sembrato sempre una ragione di più, per terminare il secondo con quella maggiore prontezza, che permettevano le circostanze. Se in questo caso sia per esser sufficiente la sola rottura delle membrane, o se possa esser preferibile il rivolgimento per i piedi, o un'assistenza di qualunque altra sorta, questo deve esser determinato dall'ostetrico, che si trova in quella particolar circostanza (b).

Si ha per regola stabilita di non avvertire la madre che vi sono due feti, finchè non sieno nati ambedue, essendo cosa nota che una subitanea emozione dello spirito ha prodotto delle cattive conseguenze durante il parto; così si è pensato che un certo danno o inconvenienza ne possa venire dall'apprensione, nella quale può mettersi la paziente pensando ad un secondo parto; ma quantunque sia conveniente il nascondere una tal circostanza, quando si può alla madre, è ancora giusto di parteciparla al marito, o a qualche congiunto della paziente tosto chè l'ostetrico abbia conosciuto con certezza la real natura del caso.

Le regole, che sono applicabili ai casi di parto gemello saranno applicabili egualmente ai casi di tre o più feti.

(a) *Molte obiezioni sono state fatte alle parole tempo* ragionevole, *tempo* moderato, *perchè sono troppo indefinite; ma questo è in realtà uno dei vantaggi del mettere in uso tali parole. Il tempo conveniente deve esser sempre determinato dall'ostetrico assistente, secondo le circostanze del caso. Il tempo ragionevole sarà qualchè volta meno di mezz'ora; qualche volta una o due ore, ed in qualchè caso forse quattro.*

(b) *Un metodo presso appoco simile è stato raccomandato dal Dott.* Hamilton *nei suoi* Saggi di Ostetricia 1806 *pag.* 384.

E' molto frequente che nella Dystocia gemina il parto accada prima del perfetto termine dei nove mesi.

Un maggior numero dei figli gemelli, a parità, muore durante l'infanzia più di quello dei feti unici, e questa osservazione può con più forti ragioni applicarsi ai tre ed ai quattro figli nati insieme, pochissimi dei quali giungono a maturità (a).

Ordine IX. Dystocia Laceratoria. *Parto, che dà luogo, o che è accompagnato da rottura, o da lacerazione di qualche parte esterna, ovvero interna.*

Sinonimia

Dystocia laceratoria della Nosologia di Young; *Parto complicato di* Burns. *Ord.* 2, 3, 6.

Divisione.

Le lacerazioni possono aver luogo per la violenza delle doglie del parto; per delle operazioni improprie; per resistenza nelle parti della paziente, per il cattivo trattamento per parte dell' ostetrico, o in qualche caso, per delle cause al di là della nostra cognizione, e questo Ordine può esser diviso in cinque specie, cioè: I. Lacerazione del perineo; II. delle labbra, o delle pudende; III. della vagina o dell' utero; IV. di un qualunque altro organo interno; V. dei ligamenti della pelvi.

1. *La lacerazione del perineo*, sebbene raramente pericolosa, è sempre però un caso disgustosissimo, e quando giunge a tal segno da dividere il setto tra la *vagina*, ed il *retto*, e così a ridurre due canali ad un solo, è una somma disgrazia, perchè l'infelice paziente perde allora

(a) *Vedi l' Appendice* XX.

la forza di trattenere le sue feccie, e probabilmente diviene dipoi per sempre un oggetto di disgusto tanto a se stessa, quanto a colui, che è obbligato di restare associato alla medesima (a). Sarebbe forse un troppo asserire il dire che una tal sorta di lacerazione può essere sempre evitata; ma l'ostetrico dee indubitatamente esser generalmente capace di prevenire un così disgraziato accidente. Il pericolo della lacerazione del perineo è più grande nel primo, che nei susseguenti parti, ma si sono trovati dei casi, nei quali è accaduta la lacerazione del perineo in donne, che avevano dato alla luce altri figli. Il pericolo è sempre accresciuto, quando la testa discende in una cattiva direzione, come nella *Dystocia perversa*.

I mezzi di prevenire la lacerazione sono i seguenti: 1. aver cura di astenersi dall'affrettare la discesa della testa per l'orifizio esterno; 2. evitare d'irritare la vagina, o la membrana interna del perineo, e di astenersi dall'allontanare le muccosità naturalmente separate per ammollire il passaggio; 3. impiegare alla circostanza del grasso o del sevo internamente, ed esternamente, o di fomentare le parti esterne con francella inzuppata di acqua calda per rammollire; e rilasciare queste parti quando si trovano secche aride, o troppo incalorite (b); 4. di applicare la mano, coperta di una delicata salvietta, contro il perineo per dare alla parte un regolare ed eguale sostegno durante il passaggio della testa.

La cura della lacerazione del perineo è veramente difficile, ed in alcuni casi impossibile. Se la fenditura non sia per vero dire estesa allo sfintere dell'ano, potrà nascere la coalizione delle parti, riposte in sito in guisa da formare un sufficiente perineo; ma quando la lacerazione si estende totalmente al retto, è raro che si ottenga una perfetta guarigione. E' molto importante di tener le parti più che è possibile in contatto, lo che procura il miglior mezzo della loro riunione; a tale oggetto è stata praticata qualche volta la riunione degli orli della ferita mediante la cucitura; ma ben di rado, se pur qualche volta è accaduto, si sono veduti buoni effetti da una tal pra-

(a) *Vedi appendice XXI.*

(b) *Alcuni ostetrici Francesi raccomandano le iniezioni dei fluidi mucillaginosi entro la vagina, le quali in questo caso sarebbero utili.*

tica. Al contrario, le legature sono state trovate suppurate, e la paziente in conseguenza posta in una condizione peggiore di prima; questa pratica pertanto è stata abbandonata. Io ho veduto ultimamente un caso di lacerazione del perineo, nel quale il chirurgo, sopracchiamato dalla mammana, si diede ogni premura per promuovere l'adesione portando accuratamente gli orli della ferita insieme per mezzo del cerotto adesivo; ma questo trattamento fù senza successo, ed io credo che questo cerotto fosse dannoso a motivo della suppurazione, cui dà luogo, e la paziente avrebbe incontrato una miglior sorte, se il caso fosse stato lasciato alla natura.

Molto tempo addietro si proponeva, in tali disgraziati accidenti, di allontanare qualunque interposizione colle parti finchè esse fossero guarite, e la paziente ristabilita dal puerperio, e così metter mano alla cura con una operazione alquanto eguale a quella del labbro leporino. *Smellie* messe in pratica un tal metodo, ma non riuscì felicemente. Bisogna però confessare che egli fece l'operazione in una maniera veramente impropria (*Collection XL. Case* 3.)

II. La lacerazione delle labbra delle pudende è qualche volta così leggera da non aver bisogno di altro trattamento fuorchè l'applicazione di un molle cataplasma, di una lavanda fredda, o di un semplice unguento. Può accadere qualche volta però, sebbene raramente, un penosissimo accidente che dà luogo ad una estesissima tumefazione delle labbra, a motivo della effusione del sangue nella sostanza cellulare (a).

(a) *Si crede generalmente che il* Dott. Macbride *di Dublino sia stato il primo autore, che ha descritto questa sorte di tumefazione delle labbra nel* 1766; *ma io ho trovato una esattissima descrizione di questo caso nelle osservazioni di* Veslingius *pubblicate nel* 1647. *Egli dice, nell' oss.* 50 = *Alias jam bis observassem ab effuso intra tunicas vaginae sanguine in partu difficili pudendi labium ingenti tumore distensum fuisse, quo aperto, sanguineque atro paulatim evacuato mulieres evasere* =. *Il Professore* Boer *di Vienna nella sua* medicina ostetrica *dà un capitolo* de fluxu quodam sanguinis in puerperis ante incognito, *nel quale egli descrive una considerabile separazione della vagina dai suoi*

III. Le lacerazioni della vagina, e dell' utero possono esser classate insieme, sì perchè tra questi casi vi è molta analogia, sì perchè ambedue queste parti partecipano dello stesso danno, poichè il luogo nel quale accade la rottura è generalmente in vicinanza, o precisamente nel punto dell' unione del collo dell' utero colla vagina, e così la lacerazione si estende ad ambedue le parti (*). Qualche volta però è solamente l' utero, e qualche volta è soltanto la vagina quella, che soffre la lacerazione. —

Questo caso è accaduto a cagione dello stato morboso dell'utero, prima che il periodo della gestazione fosse compito, ed il feto passato nella cavità dell' addome forma ciò che è stato chiamato gravidanza estrauterina ventrale (**). Qualche volta la lacerazione sembra essere stata prodotta dalla perversa situazione dell' utero nella pelvi, quindi hà avuto luogo l' esulcerazione, ed il feto è stato trasportato nella cavità della pelvi, e finalmente scaricato per la vagina o per il retto in uno stato di dissoluzione, o di putrescenza (b).

Generalmente però la rottura è occasionata durante il parto per la violenza delle doglie, che determinano

---

attacchi in conseguenza di una immensa effusione di sangue nella sostanza cellulare.

(*) *Non mi sembra che siasi qui indicato dall'Autore quella peculiare specie di lacerazione conosciuta col nome di distacco della vagina dall' utero. Di essa ne era stato riferito un caso nel T. XXI. pag.* 518 *dei Commentari di Lipsia, ed un altro occasionato dall' imprudenza ed incapacità di un operatore si trova esposto, e chiaramente verificato nel* Rendiconto della Clinica d' Ostetricia presso l' Università di Pavia *per* l'anno 1823-24 *inserito nel Vol. XXXIV. degli Annali Universali del Dott.* Omodei, *il quale pensa, con tutta ragione, che a questa specie di lacerazione debba riferirsi ancora il caso di* Rottura d' utero, e successiva guarigione dell' inferma di J. Powell *inserito nel T. XII. delle Transazioni Mediche di Londra* (*ivi pag.* 252.).

(**) *Vedi l' Appendice XXXVI.*

(b) Bartolinus *de insolitis humani partus viis;* — Garthshore. *On ruptures of the uterus:* e la *Dissertation on the retroversion of the Wombe; including observations on extra-uterine gestation.*

un' azione irregolare o impetuosa contro qualche parte protuberante del feto, sopra della quale l' utero viene a spaccarsi, lo che più verisimilmente accade nei casi di distorsione della pelvi, o di presentazione preternaturale del feto. Può essere occasionata ancora dalla maniera brusca e violenta, colla quale l' operatore si pone a fare il rivolgimento del feto entro dell' utero, ovvero dal modo inconsiderato, col quale s'introducono gl' istrumenti (*), e qualche volta ancora sono state lacerate queste parti, separatamente l' una dall' altra, dalla mole immensa di un feto edematoso nel passare per l' orifizio dell' utero, e per la vagina. Se la rottura dell'utero abbia avuto luogo prima che il termine totale della gravidanza sia compito, e mentre l'orifizio dell'utero non è dilatato, è manifesto esser impossibile di arrecare alla paziente alcuna sorte di assistenza manuale; il caso dee esser pertanto affidato alla natura, e sotto tali circostanze alcune donne si sono mirabilmente ristabilite; il feto in uno stato di dissoluzione in qualche raro caso si è fatto una strada per le pareti dell' addome, dopo alcuni mesi o anni, mediante il processo della suppurazione (**). La operazione della gastrotomia è stata raccomandata per dare alla na-

(*) *Non solo dal modo inconsiderato di servirsi degli strumenti, ma ancora da un egual modo di servirsi della mano possono aver luogo le lacerazioni dell' utero e della vagina. A quest' ultime appartiene il caso di lacerazione della vagina, in stato di prolasso dopo il parto, fatta da un empirico, credendo di estrarre la seconda, e riferito nel Tomo XXV. degli Atti dell' Accademia di Torino. La lacerazione fu fatta con tal forza che restò strappata per ambedue i lati rimanendo soltanto attaccata al disotto della clitoride ed al disopra della forcella. Fuggito per la vergogna l'autore di tal disordine, la placenta venne rigettata spontaneamente. La paziente non morì: ma, cicatrizzatasi la ferita, si formò nella parte una specie di sarcoma, che la rese inabile alle funzioni matrimoniali, alle quali però dopo lungo tempo fu riabilitata, mediante l'allacciatura e caduta dell' escrescenza, sotto la cura del Chirurgo, che ne diede la relazione.*

(**) *Vedi la memoria aggiunta sotto il titolo di Appendice XXXVI.*

tura una più facile opportunità di sgravarsi di un tal carico, ma il successo di questa spiegazione è dubbioso (*).

Quando accade una lacerazione durante le doglie del parto si presentano generalmente i seguenti sintomi (a) 1. Un senso di una qualche cosa, che trova internamente un passaggio preceduto da dolori sommamente atroci generalmente descritti come un Crampo; 2. Una sensazione di gran languore e debolezza; 3. Un pronto, e qualche volta istantaneo vomito delle materie contenute nello stomaco; 4. Materie del vomito costituite da un fluido di colore scuro o di caffè; 5. Un polso sommamente celere, debole, e fluttuante; 6. Un sudor freddo; 7. Una gran difficoltà nella respirazione; 8. Un' immediata cessazione delle doglie del parto (**). Se in tal caso venga esaminata la paziente per la via della vagina si troverà generalmente che la parte del feto, la quale si presentava, e che per lo innanzi era alquanto spinta entro della pelvi si è ritirata non lungi dal punto, che si può toccar colle dita; e se la mano fosse portata entro l'orifizio esterno per fare un più accurato esame si troverebbe che il feto in parte o del tutto è passato a traverso la fenditura nella cavità dell'addome. Vi sono alcuni pochi esempi di feti restati tuttavia nell' utero nonostante la lacerazione (***).

La pratica raccomandata da molti autori in questo disgraziato caso è di procurare alla paziente una sorta di

---

(*) *Vedi nella stessa Appendice XXXVI. il caso della gastrotomia fatta con felice successo in una gravidanza estrauterina, tratto dal Giornale Medico Chirurgico di Edimburgo num. LXXXIII. Vol VI. della nuova serie, e quello parimente con felice successo esposto dal Cav.* Luigi Frank *nel num.* 97. *degli Annali Universali di Medicina del Dott. Omodei pag.* 210.

(a) *Vedi ancora l' Appendice XXII.*

(**) *A questi segni può aggiungersi* = 9.° *ed un cangiamento nella forma, che aveva per lo innanzi il volume del basso-ventre, specialmente se il feto sia passato in tutto, o in gran parte dall' utero nella cavità del medesimo.*

(***) *Uno di questi esempi è riferito da* Fritzel *nel Vol. II. delle Transazioni del collegio dei Medici d' Irlanda, accaduto il* 1814, *e tanto più interessante in quantochè la madre fu salvata. Il parto era una di-*

ristabilimento coll'introdurre la mano attraverso la fenditura dell'utero, finchè si toccano i piedi del feto in qualunque luogo possono essi trovarsi, ed estrarlo così fuori del corpo della madre. Questo piano di cura è riuscito a salvare la vita delle pazienti in alcuni pochi esempi; ma molto più comunemente tutto ciò che si è fatto, prova la di lui insufficienza, e che ne è sopraggiunta prontamente la morte. La pratica suddetta era sostenuta dal Dott. *Denman* nella sua *introduzione all' Ostetricia;* ma diverse circostanze lo hanno indotto, dopo quel tempo, a riprendere questo caso in una più particolare considerazione, e dopo molte ricerche e riflessioni, egli sembra di esser restato convinto che in molte occasioni la paziente sarebbe molto meglio al caso di ristabilirsi, se la disgrazia accadutale fosse rimessa agli sforzi naturali della costituzione, piuttostochè soccorsa con i mezzi dell' arte (a). Credo che l' uno, o l'altro di questi metodi debba esser preferito secondo le circostanze. Se in un caso di tal sorta si trovasse che il feto fosse entrato soltanto in parte nella cavità dell' addome, io considererei come la migliore pra-

---

stocia ad un tempo transversa, *perchè il feto presentava un braccio*, haemorrhagiaca, *perchè la perdita di sangue fu una delle cagioni, per cui si fece il rivolgimento del feto per i piedi, e s' impiegò ancora l' uncino, ed infine* laceratoria *perchè l' utero si era squarciato per lungo tratto, cominciando la lacerazione da un punto corrispondente alla parte superiore della Sinfisi del pube, e procedendo un poco a sinistra, terminava nella parete posteriore dello stesso viscere. Questo fatto meritava di esser conosciuto, non solo perchè la donna a capo di* 16. *giorni si trovò guarita; che in seguito divenne nuovamente gravida, e partorì felicemente: ma ancora perchè la cura e destrezza dell' operatore la salvarono da un altro accidente, che non debbe esser raro nelle lacerazioni dell' utero, dall' introduzione cioè di un ansa intestinale tra i labbri della fenditura.* Fritzel *potè ottenere un tal resultato spingendo in alto più che potè l' ansa intestinale, spesso pronta ad insinuarsi di nuovo nell' utero, ed avvicinando i margini della rottura in modo che l' uno sovrastasse all' altro.*

(*a*) *Vedi le sue* Observations on the rupture of the uterus *ec.* 8. 1810.

tica quella di prendere i piedi, e tirarli in basso, se essi sono a portata delle nostre mani, ovvero di applicare il forcipe, se la situazione della testa permettesse l'impiego di quest'istrumento. Nei casi ancora, in cui il feto fosse stato pienamente spinto fuori dell'utero, per la fenditura del medesimo, sarebbe espediente di farne l'estrazione per i piedi, tutte le volte che la mano potesse facilmente passare nella cavità dell'addome, e se la disgrazia non fosse accaduta da lungo tempo; ma se fossero scorse molte ore dopo di questo, ovvero esistessero delle difficoltà al passaggio della mano per la fatta rottura, a cagione delle contrazioni dell'utero, sarebbe allora forse più prudente lasciare il tutto alla natura (*).

IV. La lacerazione di qualche organo interno, o la rottura del medesimo in una distanza più o meno grande dall'utero; o contiguo al medesimo è accidentalmente accaduta durante il travaglio del parto; così qualche volta è scoppiata la vescica dell'orina a cagione della eccessiva distensione della medesima. Questo però può accadere soltanto a cagione della negligenza dell'ostetrico, il quale dee accuratamente introdurre di tanto in tanto la siringa tutte le volte che la donna non è in caso di rendere l'orina (a). Se la lacerazione permettesse all'ori-

---

(*) *In seguito di un calcolo fatto dal sopracitato* Fritzel, *dopo aver riportati diversi esempi di rottura dell'utero terminati felicemente, ed additato che nel* 1813. *nello spedale di Dublino, tra* 2,484 *pregnanti, quattro soffrirono la lacerazione dell'utero e tutte morirono; che uguale fu la sorte delle tre, che la soffrirono in* 2,508 *ricevute nel* 1814, *e parimente delle due in* 3,075 *ammesse nel* 1815, *la speranza nelle risorse della natura sta, tutto al più, come un grado di probabilità contro* 940. *Dietro questi fatti, e quanto è stato esposto di sopra pag.* 96 *ben si conosce che nella circostanza di non poter fare il rivolgimento per i piedi, si debbe ricorrere alla gastrotomia, piuttosto che abbandonare affatto la paziente alla sua sorte, a meno che dessa fosse ridotta agli estremi della vita.*

(a) *L'ostetrico non dee fidarsi intieramente dei rapporti della paziente o delle di lei assistenti relativamente alla scarica delle orine, perchè spessissimo accade di prendere per orina quel fluido sottile, che scola*

na di introdursi nella cavità dell' addome vi sarebbero in tal caso poche speranze per il ristabilimento; ma siccome qualche volta è accaduto, che la lacerazione possa aver luogo al collo della vescica aprendosi nella vagina, questo accidente non sarebbe in tal caso necessariamente fatale, ma la paziente resterebbe dipoi in uno stato molto infelice a cagione del costante scarico involontario dell' orina.

Qualche volta si sono rotti improvvisamente l' aorta o qualcun altro dei grandi vasi sanguigni (a) e tal altra sono stati soggetti allo stesso accidente il fegato o altri visceri (b).

V. La lacerazione dei ligamenti della pelvi si può supporre essere accaduta in qualche grado, tutte le volte che si osservi un grande stupore, o intirizzimento delle estremità inferiori, prolungato per un tempo considerabile dopo il parto, con un movimento irregolare e diffi-

---

dalla vagina o dall' utero. E' poco tempo che io fui chiamato da una mammana ad assistere una partoriente, e ricercando se questa avesse reso ultimamente dell' orina mi fù risposto che ne rendeva a ciascuna doglia, come se avesse continuamente orinato. Non soddisfatto da questo rapporto stesi la mia mano sopra l' addome al disotto dell' ombellico, e sentii distintamente che la vescica era molto distesa, ed introdottovi il catetere furono evacuate sei libbre e nove oncie di orina molto colorata. Questa accumulazione nella vescica impediva il pieno effetto delle doglie, e rendeva conseguentemente il processo del parto molto più lungo di quello che sarebbe stato altrimenti.

(a) *Un caso di rottura della vena iliaca interna nel nono mese della gravidanza è riferito nel* 6. *N.° del* London Medical Repository, *e sebbene l' autore sia anonimo, pure il caso ha tutte le marche di autenticità. Un altro caso di tal fatta è accaduto in una povera donna, la quale nel nono mese della gravidanza essendo stata percossa dal marito, fù trovata svenuta per un immensa perdita di sangue e morta prima che* Mr. Ogle, *chiamato per tale accidente, giungesse in tempo di visitarla. Nella dissezione si trovò che la sua morte era accaduta per la rottura della vena iliaca interna.*

(b) ***Vedi Memorie della Società Medica di Londra** Vol.* 3.

cile delle cosce, e dolori con rammollimento verso gl' inguini o i fianchi. Più raramente accade un maggior grado di lacerazione in queste parti, perchè qualche volta le ossa della pelvi separate con forza producono uno stato di zoppicamento e debolezza, il quale non si supera, ed anche imperfettamente fuorchè a capo di mesi ed anni.

Ordine X. Dystocia Haemorrhagiaca *Parto accompagnato da emorragia.*

Sinonimia.

Parto anomalo di Denman Ord. 1. Parto complicato di Burns Ord. 2. Dystocia Haemorrhagiaca d' Young.

L' emorragia dall' utero è sempre un sintoma allarmante. Nello stato di non gravidanza è frequentemente una prova della condizione morbosa del viscere. Nei primi mesi della gestazione termina spesso coll' aborto; negli ultimi mesi della gravidanza è di un gran pericolo tanto per la madre quanto per il feto, ed anche dopo che il parto è apparentemente terminato, pure il compimento del buon successo del medesimo è distrutto talvolta da una perdita pronta, ed irreparabile, che priva di vita la madre quasi istantaneamente.

Vi sono alcune regole generali per il trattamento dell' emorragia uterina applicabili a tutti i casi, nei quali può esser necessario. La paziente deve esser tenuta in un ambiente perfettamente fresco, in una posizione stesa, ed in uno stato di gran tranquillità di spirito. Se sia costipata, il ventre sarà reso obbediente mediante gli aperienti salini, o con i clisteri di acqua fredda pura, ovvero unita a qualche sale, ed anche con acqua ed aceto, nella proporzione di due cucchiai da tavola in diciotto oncie di acqua. La dieta dee esser semplicissima, di pochissimo cibo alla volta e spesso ripetuto. Non si debbono permettere stimolanti di alcuna sorte, ma si dee dare invece internamente delle medicine refrigeranti, sedative ed astringenti, e nei casi di profusa emorragia le applicazioni locali di acqua fredda ed aceto, di acqua gelata o di ghiaccio alla regione dell' utero non debbono esser trascurate (*).

(*) *Nelle persone di costituzione gracile; in quelle*

Tra i metodi di trattamento peculiare, ovvero secondo le diverse emorragie, entra l'emissione di sangue, la quale può esser qualche volta impiegata utilmente, come nello stato di non gravidanza, o in quelle donne, che sono gravide per la prima volta; ma dee essere impiegata cautamente nelle perdite, che accompagnano il parto, ed è onninamente inammissibile nei casi di presentazione della placenta (a), e di emorragie dopo il parto. Così l'acetato di piombo, e molti altri rimedi interni, reputati efficaci nelle emorragie croniche, non debbono essere amministrati nelle perdite a cagione del parto.

Le emorragie, le quali accompagnano il parto, possono esser divise in tre specie, cioè: 1. Emorragia accidentale di *Rigby* (*Haemorrhagia placenta discreta* di *Boer*; *Menorrhagia a solutione placentae* di *Plenk*): 2. Emorragia inevitabile di *Rigby* (*Haemorrhagia placenta previa* di Boer; *Menorrhagia à placenta praevia* di *Plenk*): 3. Emorragia atonica.

La prima specie d'emorragia accade per la separazione della placenta, sebbene avesse una naturale situazione entro dell'utero (b). La seconda deriva dall'inevita-

---

state altra volta soggette ad emorragia; in quelle infine, che hanno sofferto un lungo travaglio del parto, e specialmente a cagione della debolezza delle contrazioni uterine, non bisogna aspettare che l'emorragia sia profusa per determinarsi ad impiegare questi ultimi mezzi: ma si dee anzi esser solleciti a ricorrervi, onde procurare le contrazioni dell'utero al più presto possibile.

(*a*) *Il caso undecimo riferito da* Chapman *ci presenta una prova dell'assurdità di cavar sangue nei casi di presentazione della placenta*, e Smellie *sembra d'aver errato nel levar sangue a una donna, la quale fu presa da una violenta perdita di sangue, di cui fu riempito il vaso da notte, poichè morì prima di partorire*. Coll. XXXIX. n.° 1. Caso 3.

(*b*) *M.* C. Bell, *nelle sue pregievolissime tavole anatomiche della muscolarità dell'utero, è d'opinione che vi sia sempre qualche allontanamento dalla situazione conveniente o naturale della placenta, ogni qualunque volta resta accidentalmente separata* (Medico Ch. Transactions Vol. 4).

bile separazione della placenta, quando questa cioè trovasi preternaturalmente sopra l' orifizio dell' utero. La terza deriva dalla mancanza di contrattilità dell'utero, dopo che il feto è venuto alla luce.

1. *Del Trattamento della prima specie* di Dystocia Haemorrhagiaca, *quando la placenta cioè è naturalmente situata entro dell' utero.*

La placenta, sebbene in buona situazione, è suscettibile di esser separata a cagione di vari accidenti, e specialmente per colpi o cadute; per lo sforzarsi nell' atto di inalzare qualche grave peso; per una tosse violenta; per uno spasmo subitaneo ec. La separazione della placenta, per l'una o per l'altra di queste cause, può essere parziale o totale, e in proporzione di questa maggiore o minore separazione, maggiore o minore il pericolo. Può accadere ancora che il grado d' emorragia sia molto più considerevole di quello che comparisce all' esterno, perchè il sangue può essere stravasato nello spazio tra l' utero e la placenta in quantità da produrre la sincope, ed ancora la morte, quantunque vi sia pochissima apparenza di perdita per la via della vagina (a).

(a) *Il seguente estratto dal* New Medical and Pyhsical Journal *mostra non solo la possibilità di questo fatto: ma ancora che qualchè volta la perdita del sangue in scarsa quantità può produrre delle letali conseguenze = Un caso veramente singolare dell' emorragia uterina accadde pochi mesi addietro nella pratica del Sig.* Saumarez, *il quale fu egualmente veduto dai Dott.* Denman *e* Dennison. *Una Signora, di debole costituzione, e di delicato abito di corpo, fu attaccata, negli ultimi mesi della gravidanza da un leggiero scolo di sangue dalla vagina, non maggiore tutto insieme di una mezza oncia, accompagnato da allarmanti sintomi di debolezza e sfinimento. L' orifizio dell' utero era poco dilatato, per un diametro non maggiore di nove linee, ed era in tale stato di rigidità da precludere qualunque manuale assistenza possibile. La Signora in conseguenza morì, e nell' esame del cadavere si trovò una separazione fra il centro della placenta, e la parete dell' utero, mentre gli orli della medesima erano completamente aderenti in guisa da formare una specie di cul di sacco, nel quale si erano raccolte cir-*

Qualunque volta l'emorragia accada durante il parto non si dee perdere un momento di tempo nell' adottare le regole generali per il trattamento delle emorragie di-sopra rammentato. La paziente dee essere collocata in una situazione orizzontale, e con leggierissime coperte; le finestre e le porte della camera saranno aperte; debbono essere applicate sull' addome e sul pube delle pezze inzuppate nell' acqua fredda ed aceto, e qualora sia necessario, dee sciogliersi del ghiaccio nella suddetta mistura, ovvero applicare il ghiaccio stesso, ponendolo entro una vescica sulla regione dell' ombellico.

Se la paziente è costipata si possono fare dei clisteri, come sopra indicammo, e questa pratica dà luogo a delle mosse di ventre, o riesce altrimenti utile a rinfrescare le parti circonvicine all' utero. Può somministrarsi liberamente dell' acido solforico diluto sia nell' infusione di rose, nell' acque di menta, nell' acqua di cannella semplice, o in qualunque altro liquido conveniente; bisogna però porre ben poca confidenza negli altri astringenti vegetabili o minerali, perchè quantunque efficaci nei casi di cronica emorragia, la loro virtù astringente non è sufficientemente attiva nelle emorragie subitanee, e violente, che accompagnano la separazione della placenta durante il parto (*).

L' emissione di sangue dal braccio si praticava altre volte in questi casi colla veduta di fare una revulsione dall' utero; ma, a meno che il polso sia duro forte e vi-

---

ca ventisette oncie di sangue coagulato. New Med. and Phys. journal *December* 1813 *n.° 36 Vol. 6. pag.* 535.

(*) *Non si può mettere tampoco, per vero dire, troppa confidenza nel rimedio quì sopra indicato, perchè, o si riguardi l'acido solforico come un astringente, o si riguardi come un controstimolo, qui non si tratta di un' emorragia per eccitamento accresciuto nel sistema, per darlo come controstimolo; nè vi è troppo a sperare che giunga in tempo per operare come astringente; mentre sono nella cavità dell' utero cagioni meccaniche, che distruggono l' effetto della contrazione della fibra. Per questa stessa ragione si vede sovente riuscire disgraziatamente inutile l' azione del ghiaccio applicato al basso-ventre, che tanto giova nelle uterorragie a viscere vuoto.*

brato, ciò sarà raramente necessario. In ogni caso, quando l'emorragia accompagna il parto, la lancetta dee essere impiegata con molta cautela, poichè è verisimile che in molte circostanze possa essere più dannosa che utile.

Fortunatamente, in molti casi di subitanea ed accidentale separazione della placenta, l'utero viene ad acquistare immediatamente una disposizione a rigettare ciò che è contenuto entro di esso, e l'espulsione è facilitata dal rilasciamento, che produce l'emmorragia. L'azione dell' utero tende egualmente a sopprimere l'emorragia; così che se sopraggiungono le doglie, e la perdita di sangue in conseguenza sia diminuita, la donna riacquisti in qualche grado le sue forze ed il coraggio, non sarà necessario di aver ricorso ad ulteriori compensi per sollevarla; ma la paziente dee frattanto essere accuratamente sorvegliata perchè l'emorragia può improvisamente crescere, ed un piccolissimo aumento di perdita di sangue può divenire fatale. Se però i mezzi impiegati per sopprimere l'emorragia, si trovassero inefficaci, se le doglie non sopraggiungessero, o fossero insufficienti a diminuire la perdita, e si accrescesse per questo il pericolo della paziente bisognerà ricorrere a qualchè altro tentativo.

Fino ai tempi di *Ambrogio Pareo* non era stata stabilita una pratica determinata in simili casi: ma ci vien detto dal suo allievo *Guillemeau* che *Pareo*, in qualunque caso di pericolosa emorragia, pensava a far partorire la donna mediante il rivolgimento del feto per i piedi, ed egli riferisce alcune storie della sua propria pratica per mostrare il successo di questo metodo, come pure alcune altre, nelle quali non essendo stato un tal sistema impiegato a tempo, le pazienti vi perderono la vita (a). In seguito della raccomandazione fatta da *Guillemeau*, questo metodo di trattare l'emorragie puerperali fu generalmente adottato; ma si scuoprì che in questa specie

(a) *Questo metodo era praticato dalla celebre Levatrice* Luisa Bourgeois, *e vien supposto che ne sia stata l'autore. Per vero dire, da un passo delle sue opere, si potrebbe credere che ne reclamasse il merito: ma* Guillemeau *dice espressamente avere imparato questa pratica dal suo Maestro* Ambrogio Pareo, *il quale morì nel* 1590, *e Madama* Burgeois *incominciò ad esercitare l'ostetricia un anno appresso.*

di emorragia *accidentale* il piano di cura poteva essere alquanto modificato, e che in qualche occasione la diminuzione del volume, che occupa la cavità dell' utero, mediante la rottura delle membrane, corrisponderebbe egualmente bene quanto l'introduzion della mano, ed il rivolgimento del feto. *Puzos*, ostetrico di molta distinzione a Parigi, seguiva generalmente quest' ultimo metodo, e le sue opere postume sopra tal soggetto tendono grandemente a stabilire questa pratica (a).

E' stato obiettato a questo metodo, che non si può sempre confidare nel medesimo per la soppressione dell'emorraggia, e si sostiene che, se questa pratica mancasse di effetto, la paziente si troverebbe in una condizione peggiore che per lo innanzi, perchè sarebbe alfine necessario di rivolgere il feto, quando l'operazione dell'introduzione della mano, e di portare in basso i piedi sarebbe resa più difficile in conseguenza della evacuazione delle acque dell' amnios. Io non sono disposto ad impugnare la forza di queste ragioni per alcune particolari circostanze (*); pure io credo che il metodo di romper

---

(a) *Traitè des Accouchemens ec. ec. contenant quatre memoires dont le premier a pour obiet les pertes de sang dans les Femmes grosses* 1759 (*).

(*) *Il metodo di* Puzos *consiste nell' introduzione di un dito nell' orifizio dell' utero per dilatarlo, impiegando una forza proporzionata alla resistenza; quindi di due diti, poscia del terzo e del quarto, col qual mezzo perveniva non solo a dilatare l' orifizio dell' utero: ma ancora a risvegliare le contrazioni uterine. Comparse queste, e dilatato l' orifizio in modo da dar passaggio al feto, rompeva allora le membrane.*

(*) *Il metodo di* Puzos *dice* Bigeschi *nella sua pregevolissima opera* Sulle Emorragie uterine (*Firenze* 1816) *presenta dei pericoli nei soli casi, nei quali il collo dell' utero, essendo molto duro e resistente, richiede, per esser dilatato, un tempo tanto lungo da esser bastante a lasciar perire i due individui di emorragia: ma questi pericoli, quantunque terribili, sono stati esagerati, poichè l' osservazione dimostra, che nelle emorragie degli ultimi mesi della gravidanza, il collo dell' utero, quando è nel suo stato naturale, acquista ordinariamente tale mollezza che si può dilatare con facilità e*

le membrane, in questa specie di emorragie, riuscirà così spesso da giustificare una tal pratica. M. *Rigby* nel suo pregievolissimo trattato sulle emorragie uterine ec. ha esposto sopra sessanta casi di tale specie di emorragie, in molti dei quali questo metodo fù messo in uso, e sempre con pieno successo (*). Nella mia pratica sono occorsi sopra trenta casi di emorragia *accidentale* durante il parto, nei quali ho adottato il metodo di rompere le membrane, come un mezzo atto a diminuire o sopprimere la perdita, e non ho avuto alcuna ragione di chiamarmi poco sodisfatto del medesimo; poichè in ciascun caso la perdita o è intieramente cessata, o è tanto diminuita da mettere in sicuro la salvezza delle pazienti, quantunque tra queste ve ne fossero alcune, che avevano un emorragia molto allarmante (a).

Il metodo adunque da seguirsi nei casi di emorragia, che nasce dalla separazione accidentale della placenta sarà: 1.° di impiegare i comuni mezzi per sopprimere l'emorragia, finchè la dilatazione dell'orifizio dell'utero sia incominciata; 2.° di introdurre le dita per aumentare la dilatazione dell'orifizio dell'utero durante le doglie;

---

con prontezza . . . . Ciò nondimeno, quando esistesse realmente un insormontabile durezza del collo dell'utero, sarebbe certamente preferibile all'esposto metodo l'uso del zaffo, unitamente alla compressione del corpo di quel viscere; compenso, che ci mette in grado di attendere senza grandi timori le contrazioni dell'utero, ed il rammollimento del suo orifizio. Parte 1. §. 193 = *Sarà in seguito fatto menzione dell'uso del zaffo.*

(*) *Per render sicura la pratica di un tal metodo debbono concorrere costantemente le due seguenti condizioni:* 1.° *che sia dichiarato il male del parto, e le contrazioni dell'utero sieno sostenute, e frequenti.* Bigeschi *aggiunge vigorose: ma poichè sappiamo che per la troppa estensione dell'utero può venirne la* distocia diutina (*pag.* 20 e 26) *e passare ancora in quella* anenergica (*pag.* 34) *e complicarsi con quella* emorragiaca: *così l'esistenza di quest'ultima condizione non sembra di una costante necessità;* 2.° *che l'orifizio dell'utero sia abbastanza aperto, molle e cedevole, onde potersi dilatare per dar passaggio alla mano, ed al feto.*

(*a*) *Vedi Appendice XXIII.*

3.° di romper le membrane durante una doglia; 4.° di continuare la dilatazione artificiale, e di accrescere la forza delle doglie con la presenza di uno o più diti nella vagina. La rottura delle membrane essendo così effettuata, e prestata l'assistenza dall'operatore, si può attender generalmente un buon successo.

2. *Del Trattamento della Dystocia haemorrhagiaca quando la placenta è attaccata sopra al collo dell' utero.*

Questa specie di emorragia non era generalmente riconosciuta prima degli ultimi tempi, e si credeva altra volta che, quando si trovava la placenta essere la prima a presentarsi, ciò accadesse per essersi accidentalmente separata dal fondo dell'utero, e caduta per il proprio peso sull'orifizio del medesimo, e così che impedisse, mediante la soprapposizione, il passaggio del feto (a). Più accurate osservazioni, e le dissezioni dei cadaveri hanno provato che, quando si presenta la placenta, questa si è impiantata fino dalla sua origine sopra il collo dell'utero. *Portal* sembra di aver avuto un'opinione su questo soggetto più esatta di quella dei suoi contemporanei, ma le sue osservazioni furono considerate come affatto estranee (b).

Questa specie di perdita di sangue *inevitabile* è più pericolosa della precedente. Quella *accidentale* è frenata almeno, se non arrestata, dalle doglie del parto: ma in questa, siccome ciascuna doglia tende a produrre una maggior dilatazione dell'orifizio dell'utero, coll'accrescersi il distacco della placenta si aumenta l'emorragia, ed è inu-

---

(a) Exton's Midwifery pag. 75,

(b) Portal *esercitava estesamente l'ostetricia a Parigi, e nel* 1685. *pubblicava la* Pratique des Accouchemens soutenue d'un grand nombre d'Observations, *che fù dipoi tradotta in Inglese. Egli espose circa una dozzina di casi di perdita di sangue, e nella sua* 169. *osservazione dice = io ricercai col mio dito indice, e trovai primieramente la seconda, la quale era strettamente aderente all' intorno dell' orifizio interno dell' utero; l' esaminai di nuovo e trovai che la seconda era attaccata al medesimo; io la distaccai ec. Nella* 43. 51. e 79. *osservazione poi espone chiaramente dei casi di placenta aderente all' orifizio dell' utero.*

tile di aspettare che le doglie naturali possano effettuare il parto. Bisogna perciò ricorrere al soccorso dell' arte, ed apprestarlo in tempo, altrimenti la paziente sarà perduta. In tutti i casi adunque di aderenza della placenta sopra l'orifizio dell' utero incombe all' ostetrico di volgere il pensiero all' operazione del rivolgimento del feto, e di portarlo fuori per i piedi.

Esistono invero alcuni pochi casi, nei quali non è stata necessaria questa operazione, perchè, nullaostante la presentazione della placenta, e la profusa emorragia, si è eccitata una forte azione uterina, sono stati espulsi la placenta ed il feto, e la paziente ha avuto forza abbastanza da sopportare la perdita di sangue senza andare incontro ad imminente pericolo (a). E' accaduto similmente che qualche volta una piccola porzione soltanto si è soprapposta all'orifizio dell' utero, e la emorragia è stata perciò comparativamente di poco momento. Questi casi sono terminati senza il soccorso dell'arte, e colla sola operazione della rottura delle membrane. Noi non potremmo perciò giustificare la nostra condotta se si prendessero per regola della nostra pratica alcuni accidenti, per vero dire rarissimi, e dei casi, che sono soltanto possibili. Sebbene le donne di tempo in tempo facciano assai bene senza l'intervento dell'arte: pure siccome la natura è più generalmente irregolare nei suoi lavori, e la paziente potrebbe perder la vita, per mancanza d'un' assistenza a tempo, così tutti i migliori Scrittori, esercitati nell' arte, si trovano d' accordo nel dire che il caso della placenta aderente all' orifizio dell' utero non dee affidarsi alla natura (b).

(*a*) Chapman *riferisce un caso straordinario di placenta espulsa quattro ore avanti la nascita del feto* (Duncan's Annals of Medicine for. 1799 *pag.* 308). Perfect *riferisce qualche caso simile* (cases *vol.* 2. *pag.* 2888). *Io fui ultimamente chiamato a consulto per una malata di febbre puerperale, trattata da un Pratico di molto criterio. Questa donna aveva espulso la placenta molte ore avanti la nascita del feto. Io non potrei dire però se la febbre puerperale, che sopraggiunse dipoi, e divenne fatale, derivasse da un tale accidente.*

(*b*) *Questa pratica non è più un soggetto di parziale opinione da poterci noi abbandonare per la stessa*

Sebbene sia stato deciso che la pratica la più conveniente è quella di effettuare il parto, rivolgendo il feto per i piedi, pure qualche volta si richiede molto giudizio e discernimento per determinare il tempo, nel quale dee essere effettuato. Se l'emorragia è profusa, e l'orifizio dell'utero in uno stato di dilatazione, sarebbe senza dubbio necessario il procedere *immediatamente* all'operazione, perchè la più breve dilazione potrebbe bastare per impedire il felice successo. Qualche volta però l'emorragia potrebbe essere non tanto violenta da mettere la vita in gran cimento, ovvero l'orifizio dell'utero così resistente, e rigido da impedire l'introduzione della mano, e questo non è assolutamente raro, quando l'emorragia comincia così presto, come al sesto o al settimo mese della gravidanza. In tali casi si rende necessario di aspettare fintantochè l'orifizio dell'utero divenga più molle e dilatabile, lo che accaderà in un tempo ora più lungo, ed ora più breve a seconda delle circostanze (a), ed intanto debbono essere impiegati tutti quei mezzi atti a sopprimere, o a diminuire l'emorragia.

---

a delle dispute, avendo questa incontrato per quasi due secoli l'opinione di ciascun pratico di senno e reputazione, tanto in Inghilterra quanto in altre Provincie (Denman). *Haec menorrhagiae species est periculosissima, nullo remedio sed sola extractione foetus curanda* (Plenk *pag.* 135.).

(*a*) *La massima, che in tutti i casi di emorragia uterina, durante la gravidanza, deesi dall'ostetrico vigilare assiduamente sullo stato della paziente, non può esser mai troppo spesso inculcata. Non sarà per vero dire possibile, nè necessario per esso il restare al di lei fianco tutto il tempo che continuerà l'emorragia: ma egli dee aver riguardo di esser reperibile e pronto , in caso di subitaneo allarme, e dee dare le più esatte istruzioni alla levatrice, o ad un'assistente del come regolarsi, nel tempo della di lui assenza. Un subitaneo trabocco di sangue in una donna, preventivamente indebolita, può divenire fatale in brevissimo tempo. Noi non dobbiamo considerare perciò fuori di pericolo alcuna donna soggetta a perdite di sangue, specialmente se la placenta si trovi sopra l'orifizio dell'utero, fino a che non è terminato il parto.*

E ben raro il caso di poter dare delle regole esatte relativamente al periodo, nel quale converrà intraprendere l'operazione del rivolgimento del feto; poichè molto dee dipendere necessariamente dal criterio dell'ostetrico pratico. Per rendere l'operazione del minore imbarazzo possibile per il Chirurgo, e meno azzardosa che si può per la madre è necessario che esista un certo grado di mollezza e dilatabilità dell'utero; ma questa dilatabilità non può sempre desumersi dall'attuale dilatazione o apertura delle parti, perchè qualche volta nelle emorragie l'orifizio dell'utero sarà dilatabilissimo, e capacissimo di esser dilatato dall'arte, quantunque sembri appena aperto a sufficienza da ammettere un solo dito (a).

In tali circostanze se noi aspettassimo finchè l'orifizio dell'utero divenisse tanto dilatato, da non opporre resistenza al passaggio della mano, è ben possibile che l'operazione sarebbe fatta troppo tardi per poter salvar la paziente. Se l'ostetrico pertanto consideri esattamente il caso in tutta la sua importanza, la quantità del sangue perduto, le forze o la debolezza della sua paziente, e l'attuale mollezza o dilatabilità delle parti, è ben difficile che egli possa cadere in errore, particolarmente se esso si rammenterà che in questo caso, è meglio operare un poco più presto, che dilazionare troppo a lungo; perchè il pericolo della paziente non deriva in generale dall'operazione, ma dalla quantità del sangue perduto. E' pertanto nostro dovere, col fare l'operazione in tempo, tanto di prevenire la perdita profusa del sangue, quanto di non mettere in cimento la vita della paziente (b).

Relativamente al metodo di effettuare il rivolgimento, questo non differisce molto da quello, che si pratica in altre circostanze. La placenta aderente all'orifizio interno dell'utero si opporrà all'introduzione della mano, a meno che l'impiantamento della stessa placenta fosse soltanto parziale. Se tale fosse il caso (essendo più comune questo, che l'esistenza del centro della placenta precisamente sopra all'orifizio dell'utero) non vi sarà

(a) Plenk c'*insegna a procedere all'operazione del rivolgimento* quamprimum uteri orificium adeo hiat, ut duo digiti inferri possint (Elementa artis obstetriciae Viennae 1781).

(b) *Vedi l'Appendice* XXIV.

difficoltà all'introduzione della mano per rompere le membrane, e rivolgere il feto; ma nel caso opposto, quando cioè il centro della placenta aderisse a tutta la circonferenza del collo dell'utero, l'operatore dee forare la placenta con i suoi diti, e con la mano, e così venire a contatto col corpo del feto, ovvero egli dee togliere l'adesione tra la placenta e la cervice dell'utero fintantochè egli tocca le membrane, le quali egli dee rompere, e procedere col metodo altre volte indicato al rivolgimento del feto (*).

Il modo di pensare degli ostetrici su i vantaggi di questi due metodi d'incominciare il rivolgimento è vario; quanto a me sembra che, potendosi toccare facilmente le membrane, sia preferibile il portar la mano dentro dell'utero mediante la rottura delle medesime (a), piut-

---

(*) *Al metodo di forare la placenta con il dito nel suo centro, e dipoi insinuare la mano per estrarre il feto, metodo dovuto a* Deventer, Millot *sostituì l'introduzione del trequarti, onde far precedere lo scolo delle acque, ed una direzione per il dito della mano, che dee fare il rivolgimento, e quelli stessi vantaggi, che si ottengono dalla rottura delle membrane, nei casi di emorragia con la placenta nel suo sito. Questo metodo però di forare la placenta nel centro, nonostante qualche vantaggio, che potrebbe presentare, eccettuato il caso, come avverte saviamente* Bigeschi (Opera citata), *di un aderenza insuperabile o scirrosa dei lembi della placenta, non è mai preferibile all'altro indicato in secondo luogo dall'Autore. La perdita di sangue gravissima, ed anche mortale, che soffrirebbe il feto, per la lacerazione dei grossi tronchi venosi ed arteriosi presso il cordone ombellicale, ci dee far renunziare all'idea della perforazione della placenta, quale d'altronde non è tanto facile ancora a cagione della maggiore resistenza, che presentano le membrane, che vestono la superficie interna della medesima.*

(*a*) *Nell'* American Medical Reporter *Oct.* 1819 *si fanno degli elogi al Dott.* Dewees *per aver adottato un modo di pratica in tali casi, il quale si dice possedere generalmente molti vantaggi sopra gli altri metodi comunemente seguitati. Egli dirige l'Ostetrico a passare la sua mano tra la placenta, le membrane, e l'utero*

tosto che colla perforazione della placenta ; io però sono stato qualche volta obbligato ad aver ricorso ora all' un metodo, e qualche volta all' altro.

Precedentemente all' operazione del rivolgimento ci converrà frequentemente di somministrare qualche sostanza nutriente per ristorare la paziente, come brodi, tè fatto nel brodo di manzo, latte caldo, orzate, e talvolta qualche piccola dose di sostanze spiritose, se le circostanze lo richiedessero. *Smellie* preferiva molto di dare un tuorlo d' uovo sbattuto con un poco di vino e zucchero. L' ope-

---

fino al fondo dell' utero medesimo, e quivi rompere le membrane, e portare fuori i piedi del feto, per render libero il viscere. I vantaggi di questo metodo, si dice, essere i seguenti: 1. minor violenza vien fatta alla connessione della placenta coll' utero, e perciò allontanato il rischio di accrescere l' emorragia ; 2. si perde minor tempo ; 3. si prendono i piedi ; e perciò si può avere la di loro discesa con maggior certezza ; 4 si previene l' atonia dell' utero, col permettere di escire alle acque gradatamente, ed anche a volontà dell' Operatore ; 5. s' impedisce che il feto resti intralciato colla placenta, e così si toglie l' inconveniente, che nascerebbe dall' aumento di volume, come nell' altro metodo, nel quale il corpo della placenta è aggiunto a quello del feto ; 6. si previene finalmente la brusca e subitanea separazione della placenta dall' utero medesimo (*),

(*) *In qual guisa si potrà mai giungere a rompere le membrane presso il fondo dell' utero, e far passare il feto da una simile rottura senza che si lacerino fino al bordo della placenta ? Attribuendo alle medesime una tessitura infinitamente più tenace di quella, che è propria delle medesime: ma siccome questa non è che immaginaria, sono ancora immaginari i vantaggi al disopra del metodo di rompere le membrane al margine della placenta. Non è poi vero, per altra parte che con questo metodo vi è il pericolo di offendere l' utero al momento che si tenta distaccarne le membrane ? Se riesce infatti di vederle facilmente tratte fuori dal peso della placenta, è altresì certo che in alcuni casi si sono trovate così aderenti da doverle recidere dalla medesima, ed aspettare che si distaccassero da per se, mediante l' imputridimento della filamentosa dell'* Haller.

razione poi dee esser fatta colla conveniente lentezza, e le forze della paziente debbono esser di tempo in tempo sostenuto con quei mezzi altra volta rammentati.

Quando il fanciullo è stato portato fuori, la placenta si trova generalmente del tutto separata. Questa può essere però rimossa, e l' ostetrico può così assicurarsi se l' utero sia esattamente contratto. La paziente ha bisogno di assidua attenzione dopo un tal parto, e passa generalmente un lungo tempo prima che essa si ristabilisca in salute. Io ho conosciuto diversi casi di tal sorta, ai quali è succeduta la *Phlegmatia dolens puerperarum*.

3. *Del Trattamento della* Dystocia Haemorrhagiaca, – *Quando l' Emorragia viene in seguito del Parto*.

Nella perdita di sangue, che accade dopo venuto il feto alla luce, saranno diligentemente impiegati tutti quei mezzi ordinari riconosciuti utili per la soppressione dell' emorragia. Se la placenta sia ancora entro dell' utero, bisogna introdurre la mano per separarla, perchè, fintantochè questa resta colà, agisce come un corpo estraneo, impedendo le convenienti contrazioni del viscere, dalle quali sole dipende il potere di arrestare l' emorragia. Se poi la placenta fosse stata espulsa, e l' emorragia fosse ancora disordinata si può aggiungere, agli altri mezzi di arrestarla, la compressione sulla regione uterina, o colle mani, o con una fascia ben larga avvolta intorno al corpo (a), ed anche con una spugna inzuppata nel vino di porto, o nell' aceto con acqua, ovvero con dei pezzi di ghiaccio introdotti nella vagina. Quando accadesse, come talvolta accade, dopochè la placenta è discesa, che si formassero dei larghi coaguli entro dell' utero, e ne impedissero le contrazioni, questi debbono esser considerati come corpi estranei, che agiscono nella stessa guisa della

(a) *Alcune donne sono così soggette alle perdite di sangue, che ne sono affette dopo ciascun parto. Tali pazienti debbono aver sempre collocata all' intorno del loro corpo una fascia prima di situarsi in letto all'oggetto di partorire. Questa fascia dee essere fatta con diversi nastri, i quali possano gradatamente, e sufficientemente ristringerla, tostochè il feto sarà venuto alla luce. Con questo mezzo la profusa emorragia potrà essere spessissimo prevenuta.*

placenta, che resta nell' utero, e che debbono esser remossi colla mano nella stessa maniera (a).

Converrà adesso far quì parola di alcuni altri metodi, che sono stati proposti per trattare i casi di emorragia.

1. Alcuni scrittori raccomandano moltissimo d'introdurre nella vagina degli stuelli di stoppa, dei piumacci di fila, e delle pezze di panno sottilissime. I vantaggi di questa pratica devono essere ben piccoli; può riuscire infatti utile in alcune leggiere emorragie, che accadono nei primi mesi della gravidanza, quando l'utero non occupa grande spazio, nè è molto estensibile; ma non può riuscire allorquando l'utero ha acquistato molto volume, o è capace d'essere grandemente dilatato; perchè, quantunque la vagina potesse essere esattamente chiusa, siccome non si può fare alcuna pressione sopra i vasi aperti sulla superficie dell' utero, questi possono continuare a versar sangue nella cavità dell' utero in quantità tale da distruggere la vita della paziente, sebbene non se ne vedesse escire dalla vagina alcuna goccia. Le arterie dell' utero non possono ristringersi, fuorchè con un grado conveniente di contrazione del viscere, e, fintantochè l'utero sia in uno stato di distensione, esse continueranno a versare sangue, ed il maggiore accrescimento di coagulo entro dell' utero accresce di più l'emorragia. L'applicazione del zaffo, che altri chiamano ancora tapponamento, per impedire in tal caso l'escita del coagulo, lungi dal fare del bene alla paziente, aumenta il di lei pericolo. Il zaffo adunque, per quanto mi sembra, non è applicabile in tutti quei casi, nei quali il volume dell' utero eccede quello di una gravidanza di tre o quattro mesi, o quando le pareti sono così facili a essere distese in guisa da produrre prontamente un gran coagulo entro del medesimo (b) (*).

(*a*) *Vedi l' Appendice XXV.*

(*b*) *Vedi l' Appendice XXVI.*

(*) *L'uso del zaffo mi sembra indispensabile nelle emorragie, che precedono il parto, quando insufficienti sono riusciti gli altri mezzi per arrestarle, e quando non si può fare la estrazione del feto, per non essere abbastanza dilatato l'orifizio dell' utero; ma mi sembra egualmente improprio nelle emorragie dopo il parto, potendo meglio supplire alla di lui indicazione l'uso delle injezioni fatte con semplice posca fredda, o me-*

2. L' uso dell'oppio in grandissima dose è stato anch' esso adottato, e sembra anzi essere stato raccomandato indistintamente in tutti i casi di emorragia uterina; ma si può molto dubitare se una medicina, la quale ha una grande efficacia contrariante e diminuente la forza contrattile dell'utero, possa esser generalmente utile nelle emorragie delle donne partorienti. Se otto goccie di Laudano sono sufficienti a superare quelle forti contrazioni dell' utero, che impediscono l'operatore dal fare il rivolgimento nei casi di presentazione dal braccio, non è forse da attendersi che un egual sospensione dell' azione uterina sia occasionata dallo stesso rimedio nelle emorragie? Nell' appendice XVI. è riferito un caso sull' autorità del *Dottor Atkinson*, il quale mostra che otto goccie di Laudano poterono paralizzare talmente l' utero, da renderlo incapace di ulteriori contrazioni, e la paziente morì. Io ho inserito un altro caso (a) comunicatomi da un ostetrico di molto ingegno, il quale mostra nel più vero punto di vista la sospensione dello stato di contrazione dell' utero, e la conseguente emorragia per l' esibizione di una larga dose di Laudano. Che l'Oppio possa essere utilmente impiegato in alcuni stati di emorragia uterina è un fatto troppo bene stabilito per potersi negare; ma non è certamente prudenziale di avervi ricorso in tutte le occasioni. I casi, nei quali sembra aver fatto molto bene, sono quando l' azione dell' utero è spasmodica o irregolare; i casi, nei quali si richiede il rivolgimento del feto, ma che la mano non può introdursi prontamente nell' orifizio dell' utero a cagione della rigidità del medesimo; ed i casi, nei quali esiste una grand' irritabilità dopo il parto.

3. La segala cornuta è stata sommamente raccomandata come un rimedio nelle emorragie; ma io non ho presentemente prove bastanti della di lei efficacia. I casi, nei

---

scolata a qualche sale, quando la prima non sia sufficiente. Il Prof. Angeloni *mi ha comunicato tre casi di emorragia profusa, sopraggiunta a parti laboriosissimi e penosi, nei quali, mediante l' injezione nella cavità dell' utero di sola acqua alquanto gelata, potè ottenere ciò che aveva tentato inutilmente coll' introduzione degli zaffi inzuppati nella posca, dei quali aveva riempito precedentemente la vagina.*

(a) Vedi l' appendice XXVII.

quali crederei poter esser utile sono l'emorragie accidentali, e le ritcusioni della placenta, ed in questi potrebbe servire di esperimento (*).

Nei casi di morte improvisa in seguito di un eccessiva emorragia è stato suggerito di fare un tentativo per richiamare in vita la paziente mediante la trasfusione del sangue dai vasi di un altra persona, o di un animale in quelli della morta; ma io non conosco che questo sperimento sia stato messo in opera giammai felicemente, nè sembra che esso offra troppa gran probabilità di felice successo (a).

Ordine XI. Dystocia Syncopalis

Parto accompagnato da svenimento, da un senso di debolezza ed oppressione verso i precordi, e da palpitazioni.

Sinonimia.

Parto complicato Cl. 7. Ord. 3. di Burns *Dystocia Syncopalis di* Young. *Hysteria a partu difficili di* Sauvages.

Nelle donne di delicata costituzione, e di un abito di corpo nervoso, irritabile, isterico gli svenimenti durante il parto possono qualche volta aver luogo. Accadono similmente non di rado nelle donne rifinite dalla fatica, per il bisogno di conveniente nutrimento, per la mancanza del sonno, per l'apprensione, e per qualunque al-

(*) *Se è vero che la segala cornuta somministrata nei casi di parto, quando il feto era morto nell' utero, non ha prodotto alcun buon effetto, ne verrà per conseguenza che poco può attendersi da un tal rimedio nei casi di emorragia con ritenzione della placenta, con la di cui estrazione si toglie la cagione principale dell' emorragia.*

(a) *Vedi la Chirurgia di* Heistero *Vol. 1. par. 2.* Dionis *operations de chirurgie, huitième demonstration.* Medico-chirurgical Transactions *Vol. 9. p. 56.*

tra causa debilitante, tra le quali si può ginstamente collocare quella del rumore della conversazione di troppi assistenti nella camera del parto, dei cattivi odori, e della mancanza di ventilazione. Questi svenimenti partecipano generalmente della natura dei parossismi isterici, e sono stati qualche volta mal giudicati per vere convulsioni puerperali. Più pericolosi svenimenti possono accadere nelle donne, le quali hanno sofferto delle malattie durante la loro gravidanza, specialmente se esse avessero avuto delle affezioni polmonali, o delle malattie organiche. Alla sincope tiene sempre dietro ancora una profusa emorragia.

Il metodo di allontanare questi incomodi sintomi consisterà nel dare alle donne di una costituzione nervosa e delicata alcuni leggieri cordiali, come ancora il giulebbe di canfora, il sal volatile, il liquor anodino ec; la camera sarà tenuta fresca; saranno applicate delle sostanze volatili o dell' aceto alle narici; e la fronte egualmente che le tempia possono essere utilmente bagnate con acqua ed aceto. Se gli svenimenti sono occasionati dalla troppa fatica, o dal bisogno di dormire si può aggiungere qualche leggiera preparazione oppiata; se da quelle di nutrimento (lo che non è raro tra le povere donne, che partoriscono nelle proprie case a spese degli spedali, e dei dispensatorj) sarà necessario il dare dei brodi, e qualche poco di vino, o una discreta dose di sostanze spiritose; se derivasse in fine dal caldo, o dalla mancanza di circolazione d' aria nella stanza, come dalla presenza di molti assistenti, queste cause debbono esser tolte immediatamente, e rendere la stanza fresca e ventilata.

Quando la donna abbia sofferto qualche grave malattia durante la sua gravidanza (e queste danno le disposizioni allo svenimento) si può ricorrere ai mezzi sopra indicati; ma se lo svenimento si prolungasse, o si ripetesse frequentemente, sarebbe probabilmente necessario di affrettare il parto con quel più sicuro metodo, che fosse in nostro potere. Lo stesso può dirsi di quello svenimento, che qualche volta accade in conseguenza del rifinimento, nel quale si trova la paziente, quando ha un parto difficile e lungo. Sembra che questa sia una di quelle circostanze, durante il parto, la quale non debbe esser giammai trascurata o trattata con indifferenza. Un ostetrico assistè una volta una giovine donna nel parto del suo primo figlio. Appena cominciate le doglie, mentre che il

chirurgo si era allontanato, cadde in svenimento, senza manifesta cagione. Al di lui ritorno gli fù manifestato l'accidente; ma siccome al momento sembrava perfettamente ristabilita non fù presa ulteriore notizia della cosa, e la donna partorì felicemente, senza alcun altro straordinario sintoma. Nel terzo giorno dopo il parto essa prese una dose di qualche medicina aperitiva, e nell'atto che si sollevava, cadde indietro, e immediatamente spirò. Probabilmente niun mezzo avrebbe potuto prevenire questa disgrazia; ma era forse inopportuno di dare alla paziente un purgante in circostanze, nelle quali sarebbe convenuto meglio un clistere, ed in ogni caso bisognava avere assolutamente proibito la posizione eretta (*).

ORDINE XII. DYSTOCIA EPILEPTICA (a) *Parto accompagnato con degli accessi epilettici.*

Sinonimia.

Parto complicato di Burns. *Ordine 4. Convulsioni durante il parto di* Watts. *Dystocia convulsiva d'*Young.

(*) *In qualunque caso di sincope per le cagioni rammentate in quest' Ordine, o per precipitosa emorragia* (Ordine X.), *oltre i mezzi suggeriti dall' arte ostetrica, si dovranno mettere in uso ancora quelli indicati come valevolissimi per richiamare alla vita l'individuo asfitico; quindi la respirazione artificiale con aria atmosferica, mescolata con gas ossigeno, ed anche con ammoniaca, con molto più di ragione quando vi fosse sospetto di qualche vizio del cuore, o dei precordi; l'applicazione di odori forti alle narici: l'applicazione dell' elettricità; e l'introduzione artificiale nello stomaco di sostanze stimolanti e nutrienti* (*vedi* Barzellotti: soccorsi per ravvivare gli Asfitici *ec.*, *Pisa* 1819.).

(*a*) *Nelle precedenti edizioni quest' ordine di parti era denominato* Dystocia convulsiva; *ma il termine* epileptica *è meno suscettibile d' indurre in errore*. Dewees *divide le convulsioni puerperali in tre specie*, *cioè* Epilettiche, Apoplettiche, *ed* Isteriche (*Essay on puerperal convulsions* 1818,).

§. 10. *Ecclampsia parturientium di* Sauvages *Classe* 4 *Ordine* 18. §. 3. *e di* Hamilton *Annals of Medicine vol. V. p.* 313.

Questa è una specie di parto veramente pericolosa, ed è stata considerata tale da tutti gli scrittori, e da tutti i pratici. *Hunter, Lowder*, ed altri Maestri di ostetricia avevano il costume di dire nelle loro lezioni che la metà delle donne, che erano attaccate dalle convulsioni durante il travaglio del parto, andavano a morire. *Parr* nel suo *Medical Dictionary* stabilisce la somma dei casi fatali ancor più estesa. Egli dice che sei o sette in dieci di queste infelici trovarono inutili i mezzi più attivi, e meglio diretti per lor vantaggio; e *Jacobs* nella sua *Ecole Pratique des Accouchemens* dice che è sempre fatale, e che si conoscono pochissimi casi di ristabilimento. Nella pratica moderna la proporzione dei morti non è in alcun conto così grande. È però probabile che i parossismi isterici sieno stati presi talvolta per vere convulsioni puerperali, almeno se noi lo dobbiamo giudicare per quelle pronte guarigioni procurate con dei mezzi, che sembrano, per quello che si dice, molto inadequati. I casi, ai quali conviene il nome di convulsioni puerperali, e che sono occorsi nella mia pratica, avevano un esattissima rassomiglianza coll'epilessia, lo che si accorda con la descrizione di tali convulsioni data dai migliori autori di ostetricia.

La paziente è attaccata da forti convulsioni; qualche volta avanti che comparisca alcun segno del parto, qualche volta alle prime doglie, e tal altra non prima che il parto abbia fatto considerabili progressi, ed anche dopo la nascita del feto. La fisonomia è alterata da violenti contorcimenti per lo stato di rigidità, in cui si pone ciascun muscolo, e si sente del rumore lungo la gola; quindi segue un subitaneo rilasciamento dei muscoli; i membri divengono convulsivi: le mascelle restano fortemente serrate l'una contro dell'altra; la lingua è qualche volta spinta in avanti, e sovente morsa dai denti; esce per questo dalla bocca della saliva spumante tinta di sangue; segue un acuto e stridulo rumore prodotto dal fiato, che esce tra i denti e la spuma; gli occhi sono stravolti in una maniera spaventevole, e la paziente presenta tutto insieme un aspetto veramente orribile. Questo stato di convulsioni, continuato per un tempo indefinito, cessa allo-

ra gradatamente, e la paziente cade nel sonno o piuttosto in uno stato di stupore, durante il quale la respirazione è stertorosa.

Se a capo di una mezz'ora circa, o poco più non ricomparisce il parossismo, la donna riacquista lentamente la reminiscenza, si lagna di gran dolore di testa, e di malessere in tutti i suoi membri; essa ha allora un aspetto grave, un differente tuono di voce, e una specie d' insensibilità o di stupidità, che mette gli assistenti in apprensione del ritorno dell' accesso; e questa apprensione è generalmente ben fondata perchè, quantunque l' intermissione possa esser completa, in quasi tutti i casi l' accesso ricomparisce. Qualche volta non vi è ritorno neppure di questa imperfetta reminiscenza; avanti che il primo parossismo sia completamente terminato, ne sopraggiunge un altro, e così l' uno incalza l' altro per molte ore o giorni, senza una perfetta intermissione (a). E' stato rimarcato che quanto è più perfetto il ritorno dei sentimenti, tanto maggiore è la probabilità dell' esito felice della malattia, e questo io credo esser generalmente vero. Ho conosciuto pur tuttavia delle pazienti ristabilite, che non avevano avuto intervalli liberi, e delle altre morte, nelle quali l' intermissione era stata di lunga durata, ed il ritorno dei sentimenti più perfetto del consueto.

Delle Cause e del Metodo di trattare le convulsioni puerperali.

Sono state assegnate tre cause principali, come capaci di produrre generalmente questa affezione, cioè: 1. la generale irritabilità nella costituzione: 2. l' irritabilità speciale dell' utero a cagione della distensione: 3. lo stato di ripienezza del sistema. Gli ostetrici sono stati guidati nel trattamento di tal malattia dall' opinioni, che hanno avuto delle cause della medesima; così quelli, i quali hanno attribuito le convulsioni alla generale irritabilità, hanno considerato l' oppio come il rimedio più conveniente; quelli, che hanno creduto esister la causa nella distensione dell' utero, hanno raccomandato la sollecitazione del parto, e coloro finalmente, che credono dover ripeter la causa delle

(a) *Mi fu fatto osservare per la prima volta dal* Cav. Riccardo Croft, *ed ho di poi frequentemente osservato io stesso, che una straordinaria lentezza del polso precede ciascun ritorno del parossismo.*

convulsioni dallo stato di ripienezza del sistema, impiegano larghe emissioni di sangue, ed altri evacuanti.

1. Io non posso parlare per esperienza sull' uso dell' oppio, perchè non mi sono ancora trovato a casi di convulsioni puerperali, nei quali potessi al primo periodo della malattia azzardare l' uso di questo rimedio. *Hamilton* dice aver egli giammai veduto un caso, in cui fosse dato l'oppio al principio della malattia senza terminare fatalmente (a). Io sono dunque condotto a credere che, quando l'oppio è stato utilmente impiegato nell' invasione della malattia, questa sia stata differente per molti rapporti dalle vere convulsioni puerperali.

2. Alcuni Ostetrici, in simili casi cercarono di terminare il parto ad un tratto, per mezzo del rivolgimento del feto per i piedi, ed in alcune particolari circostanze, impiegando il perforatore, quasichè fosse morto il feto, e si dovesse mettere in pezzi per estrarlo dal corpo della madre (b). Io sono autorizzato dall' esperienza ad affermare che, quando le parti della donna sono in stato di conveniente rilasciamento, l' orifizio dell' utero dilatato, e la testa del feto a portata del forcipe, sarà probabilmente migliore di affrettare il parto col mezzo di quest' istrumento (c): ma sovente si troverà che la dilatazione, nel determinarsi all' uso del forcipe, o al rivolgi-

---

(a) *Annals of Medicine vol. 5. pag. 340.*

(b) *La forte credenza, che il feto non può vivere se la madre sia stata convulsa tendeva probabilmente a rendere gli ostetrici più pronti ad affrettare il parto a danno del feto, più di quello, che non avrebbero fatto altre volte. Boer in uno dei suoi aforismi sulle convulsioni, così si esprime = Raro infans, genitrice convulsa, immunis perstat, sed semper fere sub partu, vel brevi post demoritur. Etsi vix intelligas, quemadmodum accidat, res tamen nihil dubii habet. = L'esperienza ha provato intanto che quest' opinione non è ben fondata.*

(c) *Non vi è caso che domandi più prudenza, considerazione e sagacità di quello delle convulsioni in una donna, specialmente se si tratta del primo parto. Lo stato dell' orifizio dell' utero merita la più grande attenzione, e quando questo sia al caso di permettere di liberare la donna senza violenza, disordine, o irritazione, non vi è dubbio che bisogna farlo colla prudente*

mento per i piedi (*), apporterà una miglior condizione per salvare la vita del feto, senza accrescere il pericolo della madre.

3. Tanto la teoria quanto la pratica fanno conoscere la convenienza del piano di cura depletoria raccomandato in terzo luogo, ed i sintomi stessi indicano uno stato di ripienezza del sistema. Precedentemente all'attacco convulsivo si è frequentemente osservato infatti un aspetto

---

speditezza, come se voi foste sicuri, che mai possa ristabilirsi senza ricorrere ad un tal mezzo (Mackenzie's lectures MS. 1774) (**).

(*) *Ad onta che possa aver luogo qualche ripetizione, penso utilissimo esporre qui le regole per il parto di una donna attaccata da convulsione, precisamente come si trovano nell'estratto dato dell'Opera del Dott.* Dewees, *inserito nel vol. XIX. degli Annali Universali di Medicina del Dott.* Omodei, *semplici e chiarissime.* „ 1.° *Quando l'utero mostra evidente disposizione ad* „ *espellere ciò che contiene, in allora, e solamente al-* „ *lora potremo cercare di cooperarvi.* 2.° *Questa coo-* „ *perazione dovrà essere aggiunta alla forza della na-* „ *tura con la minor violenza possibile.* 3.° *A meno che* „ *il parto sia molto avanzato, e che si possa effettuare* „ *prontissimamente, sia col rivolgimento, sia col for-* „ *cipe, non si dovrà mai tentarlo se non dopo aver di-* „ *minuito il pericolo di una effusione fatale mediante* „ *un abondante salasso.* 4.° *Non si dovrà mai cercare* „ *di dilatare la bocca dell'utero, ancora del tutto ri-* „ *gida, se non dopo aver rimossa, o almeno diminuita la* „ *congestione di sangue alla testa con lo stesso salasso.* „ 5.° *La misura della sottrazione del sangue si rileva uni-* „ *camente dalla sensibile diminuzione delle convulsioni,* „ *e dalla facile dilatabilità della bocca dell'utero.* „ 6.° *Ottenuta la prima condizione potremo con sicu-* „ *rezza affidare agli sforzi della natura la seconda;* „ *ma se è accompagnata dalla seconda, quanto più* „ *prontamente faremo partorire l'inferma, tanto meglio* „ *sarà per lei.* 7.° *Se il feto sta ancora nell'utero, si* „ *praticherà esclusivamente il rivolgimento; se la testa è* „ *di già uscita da questo viscere s'impiegherà il forcipe* „.

(**) *L'uso del perforatore in simili casi non sembra potere essere ammesso neppure da un Chirurgo, il quale*

di suffusione, o di afflusso di sangue alla faccia, violenti dolori di testa, vertigini, assopimento, gravezza degli occhi, temporaria perdita della vista, vacillazione della mente, e leggiero delirio. Vi saranno ancora frequentemente i soliti sintomi d'indigestione, nausea cioè, senso di dolore o di gravezza nello stomaco, e negl' intestini, spasmi ec.

In molti dei casi da me veduti le evacuazioni alvine, procuráte per mezzo dei catartici erano di colore oscuro, gravi, abondanti, e sommamente fetide. Io mi ricordo appena un caso, in cui il sangue non abbia mostrato la crosta inflammatoria, e questa è stata spesso molto coperta di vesciche.

Questi fatti, penso, che mi autorizzino a raccomandare di aver ricorso fin da principio al metódo depletorio, e quando i sintomi precursori di sopra indicati cominciano a mostrársi, un prudente ostetrico farà sempre bene a cavar sangue, ed impiegare gli altri mezzi evacuanti, prima che le convulsioni compariscano con tutti i loro caratteri. Ma se non si fosse messo in uso alcun mezzo per prevenire le convulsioni, sia che queste comparissero avanti, durante il parto, e dopo del medesimo, si dovrà adottare il seguente piano al primo incominciar delle medesime.

Debbono esser levate da dieci a venti e più oncie di sangue, secondo le forze della paziente e lo stato del di lei polso, dal braccio, dalla giugulare, o dall' arterie temporali (*). Se la paziente è capace a deglutire con-

---

avesse la volontà di fare l'apologista dei secoli barbari, perciò bisogna credere che, alloraquando fu messo in uso, si trattasse non solo di una distocia convulsiva, o epilettica; ma che vi fosse complicazione con la distocia amorfica per colpa della pelvi o del feto medesimo, e che esistessero i segni di morte di quest'ultimo. Per tal motivo il traduttore si è preso la libertà di esporre in questo paragrafo del testo un poco più estesamente quello, che l' Autore aveva accennato con non troppa chiarezza per i giovani, non ancora inoltrati nello studio dell' arte.

(*) *Il precitato* Dewees *non ammette troppo l'arteriotomia, perchè con questa è raro che si estragga una quantità di sangue sufficiente al bisogno, ed io sono d'ac-*

verrà far le prendere da cinque a dieci grani di mercurio dolce, ovvero si può mescolare del calomelano con qualche siroppo, ed introdurlo nella bocca, onde sia trasmesso quasi involontariamente. A questo dee tener dietro una bevanda catartica, come la soluzione di qualche sale da prendersi circa ogni tre ore, finchè si sono ottenute delle sufficienti mosse di ventre. L'uso degli emetici negli attacchi di convulsioni puerperali è stato altamente riprovato da *Mauriceau*, da *Levret*, e da altri ancora: ma quando vi sono forti ragioni per sospettare una ripienezza di stomaco, sembra che non si debba esitare ad impiegare un tal rimedio. Io non mi rammento di aver dato medicine espressamente coll'oggetto di eccitare il vomito: ma ho veduto qualche volta il vomito in conseguenza di una dose di calomelano; e qualche volta spontaneamente, ed ho sempre creduto che ciò fosse più utile di qualche altra evacuazione (a). I capelli potrebbero esser rasi, e applicata costantemente sopra la testa una lavanda fredda, per la quale si suol prescrivere una lozione composta di sei oncie di aceto ammoniacale, due oncie di spirito di Rosmarino con diciotto oncie di acqua pura (b); Dopo aver

---

cordo con coloro, che preferiscono l'emissioni di sangue dal braccio e dalle giugulari, per la stessa ragione, per la quale inefficaci ed inopportune sono le sanguisughe, e le coppette scarificate, quando vi è bisogno di pronta e generosa deplezione. I Giovani addetti alla nostra Clinica si rammenteranno inoltre, che in quei casi, nei quali è indicata l'arteriotomia, non si è ricorso mai alla medesima, se non quando aveva preceduto la flebotomia, e vi era bisogno di nuova emissione di sangue.

(*a*) *Il Dott.* Bard *della Nuova Yorck nel suo* Compendium of Midwifery 1808 *dice „ dopo aver fatta una deplezione nei vasi mediante la sanguigna, e negl' intestini mediante un clistere, l'emetico si troverà frequentemente di grande utilità, specialmente se lo stomaco sia disteso, o si conosca che la paziente ha mangiato abondantemente non molto avanti l' accesso „ pag.* 147.

(*b*) *Il Dott.* Denman *raccomanda di aspergere frequentemente la faccia della paziente con acqua fredda col mezzo di un mazzo di penne, e molto più a ciascun attacco convulsivo.*

dato il calomelano, e specialmente quando la paziente è incapace di deglutire, lo che è un caso ben frequente, si può introdurre ed anche ripetere qualche clistere. Queste pratiche alleviranno probabilmente i più imponenti sintomi, e tanto l'emissione di sangue, quanto i catartici concorreranno a far avanzare il parto, producendo il rilasciamento della vagina e dell'utero. La paziente avrà di tempo in tempo dei dolori, e sarà perciò necessario di esaminare alla circostanza quali sono i progressi, che ha fatto il parto. Se le convulsioni ritorneranno purtuttavia periodicamente, vi può forse esser ragione di pensare che sia necessario di levare ancora più sangue, e la necessità di questo sarà determinata dalla qualità del sangue di già cavato, dallo stato del polso, e questo può farsi o coll' aprire la vena, o coll' applicare le coppe al collo o dietro gli orecchi (*). Resterà adesso a considerarsi dall' ostetrico se sia tuttora cosa sicura lasciare il parto alla natura, e se avanzandosi questo, come qualche volta accade, sarà forse conveniente il fare alcuna cosa; pure io penso che se le doglie sono piccole sia generalmente meglio di applicare il forcipe subito che la testa viene a portata del medesimo, e finir così il parto senza ulteriore dilazione. Se però il pericolo della madre si accrescesse evidentemente; se questa mostrasse di cadere prontamente in deliquio, sarebbe più giustificabile il ricorrere al perforatore, che lasciarla morire senza partorire. Siccome però io ho avuto spesso il piacere di vedere la mia paziente liberata, ed il fanciullo vivente, col dilazionare questa orribile operazione, così io non posso insistere troppo sulla necessità di esser cauti, e di prendere le dovute deliberazioni su questo soggetto (**).

Non sempre accade che le convulsioni cessino col ter-

(*) *Vedi la nota precedente del Traduttore.*

(**) *Si può aggiungere a quanto è stato detto nell' altra nota (pag. 122) che il caso soltanto di morte del feto ben verificata (vedi pag. 45 e seguenti) potrebbe giustificare questo barbaro compenso. La lettura inoltre del seguente paragrafo dell' opera farà conoscere quanto un' operazione fatta in questi casi, anche giusta le regole le più prudenziali, può talvolta far nascere dei dubbi sulla condotta, e dei rammarichi nella mente dell' operatore.*

minare del parto; mentre al contrario spesso continuano dopo la nascita del feto, e crescono talvolta con tal violenza da produrre finalmente la morte. Se gl' intervalli tra l'uno e l'altro accesso divengono più lunghi si può formare un pronostico più favorevole, senza cessare però di mettere in pratica tutto quello, che può diminuire questi sintomi. Giova insistere nell' applicazione della lavanda fresca sopra la testa; può applicarsi un vescicante al dorso, all' interno delle cosce, o alla polpa delle gambe; possono applicarsi i senapismi ai piedi, e se la paziente può deglutire si debbono somministrare delle sostanze aperienti, del leggieri cordiali, e qualunque altra medicina indicata dalle circostanze particolari dell' inferma (a). Bisogna fare grande attenzione allo stato della vescica, perchè la paziente qualche volta va soggetta all' incapacità di rendere le orine, nel qual caso sarà necessario introdurre la siringa due volte al giorno.

Quando la paziente è finalmente ristabilita, essa resta generalmente priva del sentimento di tutto ciò, che le è accaduto; ritornano lentamente le sue forze, e non è raro il caso che non resti alcuna traccia della malattia, e che sia allontanato ancora il pericolo del ritorno in un successivo parto. Ho avuto però due o tre casi di mania, che sopraggiungeva al cessare delle convulsioni, e restava per qualche settimana, quantunque le pazienti finalmente si sieno affatto ristabilite, ed ho parimente avuto un caso di una vera epilessia cronica, che continuò per alcuni anni, finchè la paziente morì di una etisia polmonale. Io ho avuto poca opportunità di esaminare i cadaveri delle donne morte di convulsioni; dice però il *Dottor Denman*, che non ha veduto alcun caso di effusione di sangue nel cervello, quantunque i vasi fossero turgidissimi, ma ha

---

(a) *Il Dott.* Harvie *pensava che il sudore dopo il parto fosse sempre un favorevole indizio nelle convulsioni, ed aggiungeva = se i lochi scolano liberamente, la paziente generalmente ritorna in se stessa a capo di poche ore =. A promuovere queste secrezioni, egli raccomanda le fomentazioni alle gambe ed alle coscie, i cataplasmi ai piedi, e l' applicazione alla regione dell' utero di una vescica piena di acqua calda involta in un pezzo di francella* (Lectures MS.).

sempre osservato che il cuore era straordinariamente flaccido, senza alcuna goccia di sangue nei ventricoli e nelle orecchiette, e lo stesso è stato rimarcato ancora da altri Pratici. Una sola volta io ho ritrovato una effusione di sangue nella parte posteriore del cranio; ma la quantità era piccolissima.

Il piano di cura dell' epilessia puerperale da me raccomandato è stato impiegato con più o meno di attività in trentasei casi, cui ho avuto luogo di assistere sia nella mia pratica privata, sia per consulto, dei quali passo ad esporre il resultato non senza il dispiacere che i mezzi indicati sieno stati qualche volta messi in opera senza quella prontezza, che avrei desiderato (a).

= In 3. casi, le convulsioni non si presentarono che dopo il parto; le donne si ristabilirono, ed i feti vissero.

= In 2. casi le donne avevano il parto gemello; le convulsioni ebbero luogo nell' intervallo tra la nascita dell' un feto e quella dell' altro; tutto il parto terminò senza assistenza dell' arte; una di queste donne si ristabilì; e tre bambini nacquero vivi.

= In 7. casi il parto fù effettuato mediante il forcipe, tutte queste donne si ristabilirono, e due feti nacquero vivi.

= In 8. casi fù usato il perforatore, e sette furono le donne, che si ristabilirono.

= In 3. casi fù fatto il rivolgimento del feto; una donna morì, e tutti i feti nacquero morti.

= In 13. casi, nei quali i feti vennero alla luce senza straordinaria assistenza; nove furono le donne, che si ristabilirono, e cinque i feti, che nacquero vivi. Dunque si ristabilirono 28 Donne, e sopravvissero 13 feti morirono 8 Donne, e nacquero morti 25

In 28. di questi casi si trattava di donne nel loro primo parto.

Alcune delle sopradette pazienti, per timore di egual malattia nelle successive gravidanze, furono salassate verso la fine della gestazione per di loro propria richiesta, e ad altre fù raccomandata la sanguigna, a motivo dei gravi dolori di testa; ma non ve ne fù alcuna, che andasse soggetta a nuovi accessi di convulsioni nelle gravidanze successive. Il *Dottor Dewees* però rammenta un caso, nel

(a) *Vedi Appendice XXVIII.*

quale, per mancanza di convienente assistenza nell' ultima settimana della gravidanza, il terzo e il quinto parto furono accompagnati da convulsioni egualmente che il primo.

Ordine XIII. Dystocia Inflammatoria
Parto accompagnato da infiammazione locale, o da piressia generale.

Sinonimia
Dystocia inflammatoria di Young.

La febbre o l' infiammazione possono accompagnare il parto, sia in conseguenza di malattia preesistente al tempo, nel quale la donna entra in parto, ossia per effetto di cattivo trattamento, o di qualunque altra causa dopochè il parto è cominciato. La pneumonia infatti, le affezioni catarrali, la pleuritide, la peritonitide, il vajolo, la rosolia, la scarlattina, il tifo ec. possono svilupparsi durante la gravidanza, e molte di queste malattie daranno luogo probabilmente al parto prematuro, il quale generalmente accresce il pericolo della paziente, anzichè diminuirlo (*). La natura della malattia, che accompagna il parto influirà grandemente sul trattamento di questi casi, e i mezzi

(*) *Nel Giugno del 1815 fui chiamato ad assistere una donna di 35 anni, gravida di 9 mesi non compiti, e malata da tre giorni di una peripneumonia. I parenti, e gli amici mi fecero molte e replicate premure perchè volessi, con qualche mezzo, farla partorire, adducendomi per ragione, che essendosi trovata la stessa in altra simile circostanza, pochi anni avanti, un altro medico la fece partorire, e così potè ritornare in salute. Nè io, nè il Chirurgo del luogo ci credemmo autorizzati ad impiegare alcun mezzo per anticipare il parto. Viddi frattanto che la camera della paziente era frequentata da una di quelle levatrici, che hanno molta arditezza, poco sapere, e niente morale, e seppi che dopo due giorni la malata aveva partorito in brevissimo tempo. Circa il nono giorno però della malattia cessò di vivere.*

curativi, convenienti a quella special malattia, debbono esser messi in opera con quella estensione, che può esser richiesta dalle circostanze, e con quelle modificazioni convenienti allo stato di gravidanza.

Se un cattivo trattamento ha grandemente aumentato il consueto stato febbrile nel processo del parto (a), o se sia stata eccitata una locale infiammazione nell' utero, o nella vagina, o nel retto, dando luogo alle emorroidi, nel perineo, o nell'uretra, o in qualunque altra parte, sarà necessario di ricorrere a qualcuno dei seguenti rimedi, cioè alla sanguigna, agli aperitivi, ai clisteri, agli antifebrili, alle fomentazioni, alle lavande, ai cataplasmi, agli oppiati, al riposo ed alla tranquillità, e se si insista doverosamente nell' uso di questi rimedi, la malattia terminerà generalmente bene, e così il parto potrà avere un esito felice(*).

Ordine XIV. Dystocia Retentiva

Parto seguito dalla ritenzione della placenta per un tempo straordinario dopo la nascita del feto.

Sinonimia

Dystocia Retentiva di Young Cl. 5. Ord. 77. §. 7.

(a) *Un grado di esaltamento febbrile accompagna generalmente il parto, come si può conoscere dal polso frequente e celere, dalla tendenza ai tremori, dalla sete, dalla perdita di appetito per gli alimenti solidi; ma siccome questo sembra accompagnare il processo del parto, eccita poca attenzione, a meno che la febbre giunga ad un grado molto considerevole. Questo però dee rendere avvertiti gli ostetrici ad allontanare tutto ciò, che può accrescere l'eccitamento nel sistema.*

(*) *Si rammenterà il lettore non esser questo Compendio suscettibile di una esposizione più estesa del metodo curativo delle varie flogosi, che possono sopraggiungere, o accompagnare il parto, appartenendo questo al trattato delle malattie delle puerpere: e si rammenterà egualmente la precauzione, con la quale dee fare uso degli oppiati, ed il pericolo maggiore, nella complicazione della malattia e del parto, per non azzardare tanto facilmente un felice pronostico.*

Cause

Le cause ordinarie della ritenzione della placenta sono: 1. mancanza di contrazione dell' utero: 2. contrazione parziale o imperfetta del medesimo: 3. aderenza morbosa della placenta all'utero.

Differentissime opinioni sono esistite tra gli Ostetrici relativamente al trattamento di questo caso. Nei tempi antichi, quando il parto era un processo più naturale di quello che lo sia al presente, l' espulsione della placenta era probabilmente lasciata sempre alla natura; Quando poi venne in uso, o fù necessario di prestare qualche soccorso alla donna durante il parto, l' assistenza fù sovente prestata rozzamente o in un modo improprio, e così, interrottosi il processo del parto, venne la necessità d' impiegare l' arte per togliere la placenta. I mezzi usati dalla levatrice, immediatamente dopo la nascita del feto, furono di avvolgere il funicolo alle sue dita, e tirarlo finchè fosse venuta fuori la placenta. Questo frettoloso, incauto e pericoloso modo di procedere ha dato luogo sovente allo strappamento del funicolo dal suo punto di attacco, e non raramente ha prodotto la totale inversione dell' utero, perchè, fatti gli sforzi per estrarre la placenta, molto in contrazione, è stato facile di rovesciare questo viscere, quando si trovava in stato di atonia. *Ruischio* ci fa sapere di essere stato in un sol giorno chiamato due volte a visitare due donne, alle quali era accaduto questo funesto accidente.

La frequenza di questi casi fece adottare di poi un altro metodo, consistente nell' introduzione della mano nell' utero, subito dopo la nascita del fanciullo, separando in una sola volta la placenta dall' utero, e questa operazione fù creduta da molti ostetrici sempre espediente, ed uniformemente praticata in qualunque parto, che ebbe bisogno della loro assistenza. Il fu *Dott. Guglielmo Hunter*, la di cui destrezza e giudizio nella pratica dell' ostetricia era di somma reputazione, avendo una grandissima opinione delle forze della natura per mandare ad effettto il suo proprio lavoro, ed essendosi probabilmente trovato a molti casi disgraziati, nati da una tal sorta di separazione della placenta, pensava che questa operazione si dovesse lasciar sempre alla natura, e questo metodo da esso uni_

formemente seguito nella sua pratica era dal medesimo raccomandato ai suoi allievi, egualmente che agli altri ostetrici.

Per un lungo tempo questo metodo fu accompagnato da felice successo. La placenta era regolarmente espulsa dalle doglie secondarie, qualche volta in un ora o due, qualche volta a capo di dodici e ventiquattro ore, ed in qualche occasione fu ritenuta al di là di questo periodo, senza che ne sopraggiungessero fatali conseguenze. Pure in altre occasioni i cattivi effetti di non aver rimossa a tempo la placenta furono ben manifesti. Nella pratica di uno degli allievi del *Dottor Hunter* la paziente ritenne la placenta per tredici giorni, a capo dei quali fu espulsa in uno stato di orribile putrefazione, e la donna spirò nello stesso giorno. Un altra paziente di questo stesso chirurgo ritenne la placenta per undici giorni, e morì senza averne espulsa alcuna parte, e tra le donne assistite dallo stesso *Dottor Hunter* accaddero due o tre casi disgraziati negli ultimi anni della vita del medesimo, che lo indussero a modificare l'opinione, che egli aveva di esser sempre conveniente il lasciar questa operazione alla natura.

L'esperienza ci ha adesso insegnato che se il parto è perfettamente naturale, e se l'operatore non è stato frettoloso ad interporre la sua assistenza (a), la espulsione della placenta dall'utero sarà generalmente effettuata in dieci, venti, o trenta minuti dopo l'uscita del feto; e il momento della separazione è generalmente reso manifesto o dallo scolo del sangue, o dalle doglie, quando il funicolo discende (*), e si può facilmente riconoscere la di lui

---

(a) *La pratica di usare della violenza per far discendere le spalle, ed il corpo del feto fuori dell'orifizio dell'utero, tostochè è venuta fuori la testa, è adesso generalmente abbandonata, e non vi è dubbio che questa imprudente condotta dava luogo sovente alla ritenzione della placenta* (*Vedi* White's. — *Treatise on the Management of pregnant and Lying--in women*).

(*) *La maggior parte degli ostetrici anzi c' insegnano che a quest' epoca sono contemporanei lo scolo del sangue, le doglie, e l' irrigidimento dell' utero, che può conoscersi dal dito esploratore per la parte della vagina. Esistendo contemporaneamente questi tre effetti di una sola causa* (*le contrazioni dell' utero*), *noi sia-*

inserzione nella placenta mediante il dito introdotto nella vagina. Tutto quello adunque che si richiede dall' ostetrico consiste nel rimuovere la placenta dalla vagina, lo che può far sempre con sicurezza, quando non trascuri le necessarie cautele, tostochè sarà stata espulsa fuori dell' utero, per mezzo delle contrazioni di questo viscere.

Se però le doglie secondarie non compariscono in questo periodo di tempo, converrà all' ostetrico di porre la sua mano sopra l' addome e confricare gentilmente la parte, sotto la quale riconosce l' esistenza dell' utero, o comprimerla alquanto colla mano stessa, in modo però che la pressione non sia tale da dar luogo a dei dolori. Operando in tal guisa resterà frequentemente sensibile quando abbia luogo la contrazione dell' utero, ed esso, in seguito dell' esame, potrà riconoscere che la placenta intieramente separata dall'utero, è discesa nella vagina.

Questo è tutto ciò che sembra conveniente a farsi per un ora intiera dopo la nascita del feto; ma scorso che sia questo tempo, e non essendovi ragioni per attendere, che possano insorgere spontaneamente le contrazioni uterine, l' ostetrico dee considerare se sia prudente l' aspettare più a lungo, prima di procedere all' estrazione della placenta, mediante l' introduzione della sua mano nell' utero.

---

mo autorizzati allora ad ajutare li sforzi della natura, prendendo il tralcio con le dita di una mano, attorno alle quali si avvolge, dopo averlo inviluppato con un pezzo di pannolino, e scorrendo le dita dell' altra mano sul medesimo tralcio fino all' orifizio dell' utero. Ciò fatto s' imprimono delle leggiere scosse al tralcio, e si tira delicatamente, prima secondo l' asse dell' utero, poscia secondo quello dello stretto perineale, invitando nel tempo stesso la donna a ponzare e spingere in basso, come se dovesse partorire una seconda volta. Fatta l' operazione in questa guisa, in questo tempo ed in tali circostanze, saremo sicuri non solo della espulsione della seconda: ma ancora liberi dal timore del rovesciamento. A questo rovesciamento poi si anderebbe assolutamente incontro tirando sul tralcio, quando esiste atonia dell' utero, riconoscibile dalla mano esploratrice nella mollezza e cedevolezza del viscere, dallo stillicidio del sangue, nel qual caso conviene fare l' estrazione della placenta nel modo, che indica l' Autore.

Se non si presentano cattivi sintomi, non vi può essere pericolo nel permettere che scorra un poco più di tempo prima di procedere all' operazione, e più specialmente vi è ragione di credere che la ritenzione deriva principalmnte dallo spossamento della paziente, perchè forse un poco più d' indugio darà luogo allo sviluppo di nuove forze, mediante le quali l' utero acquisterà il potere di espellere la placenta. Nulladimeno, generalmente parlando, poca speranza possiamo avere che la placenta sia espulsa colle sole forze della natura, dopochè sia stata ritenuta molto più di un ora. Noi possiamo perciò considerarci come giustificati a farne l' estrazione al termine di una o due ore dopo la nascita del feto.

Si vede da ciò che la questione, se si debba procedere all' estrazione della placenta alla fine di un ora o aspettare un altra ora o due avanti d' intraprendere questa operazione, debbe sciogliersi dalla prudenza e discrezione di ciascun' ostetrico, secondo le circostanze del caso particolare, al quale ha prestato assistenza (*). Ma questa regola può soltanto applicarsi ai casi, nei quali non esiste manifesto pericolo; perchè in caso di profusa emorragia ec. non può cader dubbio esser allora l' estrazione della placenta di necessità, e doversi intraprendere senza dilazione.

Il metodo di fare l' estrazione della placenta è il seguente — La paziente giacendo, secondo il consueto, sul suo sinistro lato, o sul dorso, colle natiche in vicinanza della sponda del letto, avrà un assistente, che comprima l' addome alla regione ombellicale, ma non però in modo da cagionarle verun dolore. L' ostetrico allora, avendo tolta la sua veste, e spalmato la mano ed il braccio con qualche sostanza oleosa, prenderà l' estremità del funicolo colla

---

(*) *Nella estrazione della placenta la troppa fretta, egualmente che la troppa dilazione se sono del pari condannabili. Il periodo delle due ore, sopra assegnato dall' Autore, quando non vi sono accidenti, è assolutamente breve, potendo estendersi senza timore d' incontrare inconvenienti al di là delle tre, quattro e sei ore. Essendosi anzi talvolta aspettato un periodo eguale a quest' ultimo tempo, si è veduta espulsa naturalmente dall' utero, e si è così risparmiata la estrazione, che più o meno ridonda in svantaggio della puerpera.*

sua mano sinistra, e colla guida dello stesso funicolo introdurrà la sua mano destra nell' utero. L' irritazione ed il dolore, cui questo darà luogo, può eccitare l' azione dell' utero ed il distacco della placenta. Se ciò accade l' operazione è prontamente terminata, e se questo fortunato evento non ha luogo, sarà bene di cercare di produrre l' azione uterina col mover delicatamente le dita in vicinanza dell' orifizio dell' utero, se malgrado questo non riesca di ottenere la contrazione uterina, si dee procedere alla separazione artificiale, e però, servendoci sempre della guida del funicolo, bisogna introdurre la mano destra finchè si giunga a trovare l' inserzione del cordone ombellicale; allora, cercando espressamente l' orlo della placenta, conviene insinuare con tutta cautela i diti tra le pareti dell' utero e la placenta (*), e costantemente seguitando l' operazione, è necessario separarla del tutto, prima di desistere dalla medesima, ed è ben fatto di tener la mano nell' utero per pochi momenti ancora, finchè sopraggiunga la contrazione.

E' impossibile di assegnare con precisione la durata del tempo, che occorrerà per effettuare quest' operazione. Se non sorgesse alcun impedimento, tutto può esser terminato in pochi miuuti; ma se vi fossero delle irregolari contrazioni dell' utero, formando ciò che è stato chiamato contrazione d' orologio a polvere, o l' orifizio dell' utero fosse divenuto contratto e rigido, bisognerebbe impiegare un tempo considerabile per dilatarlo, e per superare questo impedimento. Questa è una di quelle operazioni, che si effettua con tanta più di sicurezza, quanto maggiore è la lentezza, ed è una di quelle, nelle quali si può ripetere l' espressione usata frequentemente = noi dobbiamo dare alla testa il tempo per dirigere la mano. =

E' difficilissimo il poter precisare il numero proporzionale delle volte che può aver luogo la ritenzione della placenta. Nella pratica privata ben diretta accade raramente, fuorchè per lo stato morboso dell' utero o della placenta; ma le ritenzioni accidentali della medesima per contrazione dell' utero inopportuna, irregolare o impro-

(*) *Nel fare questa operazione bisogna sempre incominciare da quella parte, che si trova alquanto distaccata, essendo ben raro che la placenta sia aderente totalmente in tutti i punti della circonferenza.*

pria ha luogo frequentemente per il cattivo trattamento di assistenti al parto mancanti di esperienza o di pazienza. Durante il periodo degli ultimi otto anni, che io fui l'ostetrico del Dispensatorio generale di Westminster, io fui chiamato per casi di ritenzioni di placenta tra le pazienti di questo luogo pio in proporzione di una volta ogni settanta sette parti (a). Nella mia pratica privata, la ritenzione della placenta non ha avuto luogo più frequentemente, che una volta in trecento parti.

ORDINE XV. DYSTOCIA INVERSORIA *Parto seguito dall' inversione dell' utero.*

Sinonimia

Dystocia Inversoria d'Young §. 11.

La situazione e struttura dell' utero lo rende soggetto a molte malattie ed aceidenti, tra le più pericolose e penose delle quali, si può annoverare la *inversione*. Questo accidente accade generalmente durante lo stato di dilatazione ed espansione dell' orifizio dell' utero, immediatamente dopo il parto, e si può comunemente attribuire alla fretta ed alla poca cautela nel portar fuori la placenta. E' stato supposto che sia stata rigettata la pratica di tirare il cordone ombellicale per estrarre la placenta, immediatamente dopo la nascita del feto, appunto perchè si considerava come la cagion principale di questa disgrazia; ma io ho conosciuto accader questo caso, quando la mano dell' operatore era introdotta nell' utero per fare la separazione della placenta, e non vi è poi dubbio che qualche volta l' inversione è stata spontanea (*). Quando l' ute-

(a) *Vedi l' appendice XXIX.*

(*) Newnham *considera l' eccessiva capacità della pelvi come causa predisponente; il cordone ombellicale preternaturalmente corto, o reso tale per essersi avvolto al corpo del feto, come un altra causa occasionale. Tanto l' effetto di queste cagioni però quanto quello del violento tiramento del funicolo per distaccare la placenta varia secondo lo stato di torpore e di atonia dell'*

ro colla placenta aderente al medesimo si trova in basso in uno stato d' inversione fuori della vagina non può cader dubbio sulla natura dell' accidente; ma se questo accadesse dopo l' espulsione della placenta, potendo nascere molte difficoltà per riconoscere la verità della cosa, sarà bene presentare quelle regole, che possono servire di guida per un esatto giudizio.

Se subito adunque dopo il parto si troverà nella vagina o fuori dell' orifizio esterno un tumore globulare, bisogna supporre esser questa una escrescenza poliposa, o un prolasso, o una inversione dell' utero. Se fosse un polipo si riconoscerebbe per tale dalla sua insensibilità, mobilità, e dal suo peduncolo, che mediante un accurato esame, sarebbe facile di discuoprire, e sarebbe similmente percettibile l' orlo dell' orifizio dell' utero all' intorno di questo tumore.

Il prolasso dell' utero può esser sempre riconosciuto dall' orifizio di questo viscere situato nella parte più discendente del tumore medesimo.

Quando il tumore è formato dall' utero rovesciato è sensibile al tatto, è meno mobile del polipo, non ha peduncolo, non apertura in basso, e poco dopo il parto si trova coperto di piccoli grumi di sangue derivanti dai numerosi vasi sanguigni sparsi in tutta la sua superficie. Assicuratosi una volta l' ostetrico dell' inversione dell' utero, conviene che egli metta in opera i mezzi più pronti e decisivi per sollevare la sua paziente, lo che può ottenersi soltanto coll' immediata riposizione dell' utero medesimo. Per far questo bisogna primieramente riporre l' utero nella vagina, ed allora, avendo il suo braccio nudo e bene spalmato di sostanze grasse, dovrà introdurre la sua mano per l' orifizio esterno, e opponendo il dorso delle sue dita piegate contro il fondo dell' utero, dee spingerlo in avanti finchè egli riconosca essere la sua mano

---

utero. Oltre quelle cause però rammentate dall' Autore e da Newnham *ne esiste un altra, non meno atta di quelle nel predisporre l' utero al rovesciamento; l' eccessiva distensione cioè dell' utero medesimo, prodotta da una eccedente quantità delle acque, che si raccolgono nella sua cavità unitamente ad uno, o più feti, o ad un feto solo ed una mola, o a più mole insieme ed al feto.*

entro la cavità dell'utero medesimo, ed a quest'oggetto dee portare la sua mano all' intorno delle pareti interne di questo viscere, fintantochè sia pienamente convinto della completa riposizione, e che le contrazioni dell' orifizio dell' utero impediranno qualunque futura disgrazia.

Puzos, *Dionis*, ed altri hanno raccomandato di rimuovere la placenta dall' utero rovesciato prima di incominciare la riposizione del medesimo; ma *Denman*, ed altri scrittori considerano esser miglior cosa fare la riposizione dell' utero mentre la placenta è ancora attaccata. In un caso di tal sorta, accaduto nella mia pratica, la placenta fu remossa senza alcun danno; ma io penso che non rimuoverei in avvenire la placenta prima che l'utero fosse rimesso nella sua conveniente posizione (a).

Se l' utero non fosse completamente riposto in breve tempo, dopo seguito il caso, la paziente o perderebbe prontamente la vita, ovvero avrebbero luogo ulteriori contrazioni uterine, che arrestano l' emorragia, ma rendono la malattia incurabile; perchè non vi è caso noto, in cui la riposizione dell' utero sia stata ottenuta dopo essere sopraggiunto un totale o considerevol grado di contrazione (b). Molti scrittori hanno suggerito la convenienza dell' amputazione dell' utero, ma è tale lo spavento che ha eccitato generalmente simile operazione, che quantunque sieno stati citati dei casi dagli antichi autori per provare la di lei possibilità, pure ai tempi nostri l'escisione dell' utero non sembra essere stata intrapresa fino agli ultimi anni. Il mio eccellente amico *M. Chevalier* estirpò l' utero ad una povera donna nel 1804, la quale visse di poi molti anni (c), ed altri casi sono citati da altri Chirurghi (d). Non ostante

---

(*a*) *Vedi l' Appendice XXX.*

(*b*) *Nella ostetricia di* White 5. *edizione* 1791 *è riferito un caso d' inversione, nella quale palpeggiando colla mano, e comprimendo per questa guisa l'utero il Sig.* White *potè rimetterlo in sito, quantunque fossero passate due ore dopo l' accidente. In generale però un molto più corto spazio di tempo di questo è sufficiente a rendere la riduzione impraticabile,*

(*c*) *Vedi l' Appendice XXXI.*

(*d*) *Vedi M.* Baxter, *Medical and Phys. Journal vol. XXV.* — *M.* Newnham *Essay on Inversion of the ute-*

però l'incredulità di alcuni scrittori relativamente alla verità e precisione dei casi citati (e può aversi qualche piccolo dubbio che si sieno presi degli abbagli su questo soggetto) il fatto, che l'operazione sia stata qualche volta eseguita con successo. è pienamente stabilito.

---

rus (1818) — *M.* Windsor *Medico-Chir. Transactions vol.* 2.

139

PARTE SECONDA

ARTICOLO I.

DELL' USO

DEGLI STRUMENTI IN OSTETRICIA

Conviene a ciascun' uomo, il quale pensa dedicarsi alla pratica dell' ostetricia, avere la ferma determinazione di non ricorrere all'ajuto degli strumenti o con troppa prestezza o senza le debite ragioni, perchè egli può assicurarsi che se esso fosse facile a cedere alla sua propria apprensione o alle espressioni allarmanti di coloro, che sono nella camera della partoriente, e per conseguenza se tentasse di effettuare il parto mediante i suoi strumenti, egli arrecherebbe, in moltissime occasioni, irreparabili danni o alle madri, o ai di loro figli.

Si potrebbero citare una quantità di casi di donne, le quali dall' uso troppo pronto, ed inopportuno degli strumenti sono state poste nel massimo pericolo di vita, o di altre che ne sono restate prive nell'atto, ovvero che sono state lasciate in uno stato di pene, e di patimenti peggiore della morte stessa. Non può quì cadere neppure in dubbio se la vita di molti fanciulli sia stata sacrificata dal prematuro intervento degli strumenti. Niuna cosa per questo dee certamente tanto spaventare chiunque si dedica all' esercizio della ostetricia, quanto il riflettere che dalla sua impazienza, o mancanza di precauzione è stata occasionata alle madri o ai figli la perdita della vita, o si è procurato una vita di continui malori e tormenti.

Ora, quantunque sia utile a tutti noi di avere un giusto orrore dell' uso improprio degli strumenti, ci conviene egualmente aver riguardo che questo orrore per gli strumenti non sia portato troppo lungi, perchè si potrebbe cadere in una grande mancanza per il troppo dilazionare il di loro impiego, come dal metterli in uso con troppa sollecitudine. Il vecchio proverbio *neque temere neque timide*, quantunque trito è anche adesso la più bella sentenza, che possa servir di guida alla pratica dello Ostetrico. Non siamo troppo frettolosi nell'uso degli strumenti onde non ne venga danno dalla nostra precipitanza; non dilazioniamo troppo il ricorrervi, affinchè le nostre pazienti non sieno tanto rifinite di forze prima che questi

sieno impiegati, e così in stato di non ritirare alcun vantaggio dalla operazione.

Quando si assiste ad un caso di parto che ritarda, difficile o pericoloso che esso sia, è nostro dovere il considerare di tempo in tempo qual probabilità vi sia per un esito favorevole; se sia cosa sicura di lasciar prolungare il travaglio, e per quanto più di tempo si debba lasciare ai soli sforzi della natura. Nel formare il nostro giudizio noi possiamo in gran parte esser guidati dai segni favorevoli o sfavorevoli altrove esposti (Ordine II.). A seconda, che preponderano gli uni, o gli altri noi possiamo dedurre le nostre conclusioni; ma se noi non siamo capaci di soddisfare noi stessi in casi di tanta importanza, sarà prudente di avere il parere di alcuno dei nostri confratelli, per non incorrere nella censura di avere agito con precipitazione. Se, dopo avere accuratamente considerato e riconsiderato il caso, si conosce espediente il ricorrere agli strumenti, dobbiamo allora determinare quale sia la qualità degli strumenti conveniente al caso.

Gli strumenti usati in ostetricia sono di tre sorte.

1. Quelli che non portano necessariamente danno alla madre, o al feto; cioè il *laccio*, il *forcipe*, e la *leva*.

2. Quelli che sono diretti a mutilare il feto, e l'uso dei quali è necessariamente incompatibile con la vita del medesimo: cioè il *perforatore*, e l'*uncino*, al quale può sovente sostituirsi con vantaggio l'*uncino ottuso*.

3. Quelli i quali sono diretti a portare delle ferite sulla madre come nell'operazione cesarea, o nella divisione della sinfisi del pube; cioè il *bisturino*, o lo *scalpello*.

Dell' uso del Laccio, del Forcipe, e della Leva o Vette.

Nella pratica moderna il *laccio* è stato escluso, eccettuati i casi di presentazione preternaturale del feto (a).

Tanto i diversi Scrittori di Ostetricia quanto i pratici sono di differente opinione relativamente al *forcipe* ed alla *leva*; gli uni esaltano i vantaggi del primo, ed altri quelli della seconda; alcuni considerano la pratica del *forcipe* come sempre innocua; e quella della *leva* come sempre pericolosa; altri asseriscono che l'uso della leva è sempre egualmente sicuro, e pretendono che possegga

(a) *Vedi Appendice XXXII.*

molti vantaggi sopra il forcipe, perchè la leva può essere impiegata in un numero maggiore di casi, ed essere introdotta segretamente.

Dopo aver fatto un accurato esame comparativo di questi due istrumenti io sono stato condotto a formare le seguenti conclusioni. 1. Che tanto l'uno, che l'altro strumento nelle mani di un cauto operatore, e nei casi convenienti possono essere usati con sicurezza ed utilità. 2. Che l'applicazione impropria o dell'uno, o dell'altro è capace di produrre i più gravi mali. 3. Che in generale il forcipe effettua il parto meglio della leva. 4. Che la leva essendo atta ad essere introdotta più facilmente, e nei primi periodi del parto, più prontamente invero di quello che lo dimandi il caso, o lo permettano le regole dell'arte, è stata più frequentemente usata senza necessità, e perciò più azzardosamente del forcipe. Finalmente io considero, che quello che è stato dichiarato come un pregio della *leva*, cioè che può essere messa in uso *segretamente*, sia una delle sue peggiori proprietà, perchè riguardo come un sacro dovere, che corre ad un ostetrico egualmente per le sue pazienti, che per sestesso, di non impicgare cioè giammai gli strumenti di nascosto. Gli corre con le sue pazienti, perchè non vi può esser sicurezza contro l'uso improprio, e precipitoso degli strumenti, a meno che l'ostetrico manifesti le sue intenzioni, ed esponga agli amici le ragioni, che egli ha per impiegarli; gli corre verso di se, perchè se il caso addimanda il soccorso degli strumenti guadagna credito, e reputazione nella sua capacità e destrezza.

Da ciò resulta che noi abbiamo due strumenti, ciascuno dei quali possiede utili proprietà, e che appartiene al criterio di colui che esercita l'impiegare or l'uno, or l'altro a seconda che richiedono le circostanze: ma se noi fossemo obbligati a dare la preferenza ad uno soltanto di questi strumenti per uso costante nella pratica, egli è certo che questa apparterrebbe decisivamente al forcipe.

Dei casi che ammettono l'applicazione del Forcipe o della Leva.

I casi principali nei quali si addimanda l'uso del forcipe, o della leva sono i seguenti: cioè, I. Quelli appartenenti all' Ordine 2.° *Dystocia anenergica* ove la testa essendo digià tanto discesa nella pelvi da permettere di

sentire l'orecchie del feto si arresta senza che vi sieno più doglie, o doglie sufficienti ad espellerlo intieramente. II. Alcuni casi dell' Ordine 4. *Dystocia amorphica*, ove sebbene esista deformità della pelvi, non è però giunta a tal grado da impedire che l'estremità delle dita tocchino l'orecchie del feto. III. Quelli dell' Ordine 12. *Dystocia epileptica ec.* quando si possono sentire le orecchie.

Non vi è caso suscettibile dell'applicazione dell'uno, o dell' altro di questi strumenti ammeno che l' orecchio del feto possa sentirsi distintamente, nel qual tempo è presumibile che l'orifizio dell'utero sarà pienamente dilatato, e il perineo alquanto rilasciato. Se il primo fosse ancora in stato di rigidità vi sarebbe un gran pericolo di lacerarlo nel tirare in basso la testa.

I migliori Professori di Ostetricia sono così accurati nel guardarsi dall' uso improprio di questi strumenti che è stato ricevuto come una regola della pratica, che *il forcipe non dee esser giammai applicato finchè le orecchia del feto non sono state a portata delle estremità delle dita dell' operatore almeno per sei ore*. Questa è una regola giudiziosa, e conviene generalmente seguirla dappoichè occorrono per vero dire pochi casi (eccettuate l'emorragia, e le convulsioni) nei quali non sarebbe cosa sicura aspettare per sei ore dopoche si sono potute sentire le orecchie colle estremità delle dita, e non si dovrebbe aver ricorso agli strumenti anche allora, se esistesse la probabilità di veder finito il parto felicemente senza di essi. Non è necessario qui di dare una minuta descrizione relativamente alla maniera di applicare la leva o il forcipe (a): ma io farò alcune generali osservazioni, premettendo che sarà sempre conveniente introdurre primieramente una siringa entro della vescica per assicurarsi che non contenga orina, e di introdurre qualche clistere per sbarazzare l' intestino retto.

Avendo dunque collocato la paziente nella posizione la più favorevole al nostro proposito, la quale sarà comunemente sul di lei sinistro lato, avendo le natiche portate

(a) *Gli Aforismi del Dott.* Denman *relativi al modo di applicare, e di trattare questi stromenti sono così giudiziosi e confermati dalla pratica, da dover' esser letti, e rammentati con molta accuratezza, e frequenza.*

più da vicino che si può verso la sponda del letto passeremo l'estremità dell'indice della mano destra sull'orecchio del feto, e prendendo così il manico del forcipe nella mano sinistra lo introdurremo fino al fusto entro la vagina, e facendo che le dita della destra mano ci sieno di guida, passeremo con gran cautela la faccia interna del forcipe sopra l' orecchio del feto, insinuandola gentilmente al di là, finchè la presa del forcipe sia portata del tutto entro, o tra l'orifizio esterno dell'utero. Il primo pezzo essendo stato così applicato, sarà ritenuto in sito dal quarto e quinto dito della mano sinistra dell' operatore (*), mentre colla sua mano destra egli introduce il secondo pezzo del forcipe sopra l' orecchio del feto dal lato opposto. Non essendo esso capace di sentire l'orecchio del lato opposto, la posizione del primo pezzo gli servirà in qualche modo di guida per introdurre il secondo.

Introdotti ambedue i pezzi debbono essere riuniti insieme, e serrati l'uno contro dell'altro, avendo riguardo di non stringere nella serratura peli, o parti molli. Se provando di chiudere il forcipe accadesse che i due pezzi non potessero prontamente ed esattamente riunirsi, è cosa manifesta, che non sono stati introdotti come conviene; Non si dovrebbe in tal caso però usare alcuna forza, o violenza per portare i pezzi alla riunione; ma si dovrebbe ritirare il secondo pezzo, ed introdurlo di nuovo. Quando il forcipe sia serrato, se i manichi sono in contatto tra loro per tutta la di loro lunghezza, è segno che i pezzi non sono stati ben messi, perchè il volume della testa è generalmente troppo grande da permettere che i manichi si tocchino l'uno con l'altro, quando la testa sia convenientemente rinchiusa tra le branche dello strumento. Se i manichi restano aperti ad una distanza troppo grande l'estremità delle branche sono probabilmente sopra le orecchie; ad ogni caso quando la testa non è presa come conviene dalle branche del forcipe, queste sdruccioleranno al momento che si metteranno in azione (**).

(*) *Ovvero lo darà a tenere ad un giudizioso assistente, servendosi della sua mano per guidare l' altro pezzo.*

(**) *L' applicazione del forcipe dee considerarsi separatamente nei due distinti casi* 1° *quando la testa si presenta la prima*; 2° *quando viene l' ultima, come nel parto per i piedi, o per le natiche* (*vedi pag.* 60, *e* 64).

Quando si mette in azione il forcipe, la forza impiegata da principio dovrebbe essere moderatissima, ma bisogna accrescerla a seconda, che lo richiede la circostanza; così, se la testa viene onninamente in avanti, quantunque lentamente, con la forza da principio impiegata, non bisogna aumentarla, perchè, come osserva molto aggiustatamente *Denman* = un piccolo grado di forza continuato sarà equivalante ad una gran forza impiegata con rapidità, e sarà infinitamente meno dannosa tanto alla Madre, quanto al figlio =. Non è inoltre punto necessario di far

---

poichè in questi due casi differente è il modo di prenderla. Nel primo caso s' introduce l' una, e quindi l' altra branca, guidate ambedue dalla mano dell' operatore precedentemente introdotta, affinchè con la di loro porzione finestrata ricevino le orecchie del feto, e con l' estremità abbraccino la mascella inferiore. Nel secondo caso si debbe dall' apertura di ciascuna branca del forcipe ricevere parimente le orecchie; ma in modo che il principio, o base delle finestre delle cucchiaje, o branche corrisponda al mento, e l' estremità superiore delle medesime all' occipite. Sia adunque che il feto si presenti con la testa, sia che il feto venga estratto per i piedi, l' asse longitudinale della testa dee corrispondere esattamente all' asse longitudinale tanto dello stretto superiore, quanto di quello della piccola pelvi, e del perineale, lo che non debbe essere obliato giammai da colui, che guida i movimenti dell' istrumento con cognizione del meccanismo naturale del parto in ambedue i casi. E inoltre necessario avvertire, che la branca prima ad introdursi debba esser quella, che s' insinua più difficilmente; altrimenti accade che, introdotta da prima quella più facile a mettersi in situazione, non riesce poi portare al posto la più difficile, e siamo costretti a ritirarle ambedue. Non vi ha poi alcuna ragione, che possa giustificare l' applicazione delle cucchiaje una alla faccia, e l' altra all' occipite del feto (come da qualche ostetrico è stato suggerito nel caso d' inchiodamento delle gobbe parietali, tra la sinfisi del pube, e la prominenza del sacro): ma debbono in ogni caso applicarsi lateralmente alla testa, essendo certissimo nell' altro caso il danno, che la medesima ne soffrirebbe.

mostra di destrezza, o d'impiegare gran prontezza nell'introdurre il forcipe: ma è molto meglio d'introdurlo lentamente, e con sicurezza, che con fretta, ed offesa delle parti.

La introduzione della *leva*, e la maniera di agire colla medesima sono sottoposte per la massima parte alle stesse regole che quelle del forcipe. Egual cura si dee prendere di non ricorrere precipitosamente all'uso della medesima, di non commettere qualchè errore nell'introdurla, o di non produrre qualchè contusione alla madre, o cagionarle qualchè altra offesa nel maneggiare questo strumento (*).

(*) *Due leve sono state in gran credito in ostetricia; una di Roonhuysen, e la moderna dei Chirurghi Francesi, fatta come una branca del forcipe, per lo che l'ostetrico può servirsi di questa, in mancanza della vera leva, dando però la preferenza alla branca femina, perchè, sebbene la detta branca del forcipe sia un poco più imbarazzante per il suo manico della vera leva, in pratica riesce egualmente bene.*

Nel tempo passato si faceva un tale abuso della leva da distornare sovente le operazioni della natura, quando altro non esisteva, che un piccolo ritardo del parto, per le cause dall'Autore accennate (vedi pag. 20): ma al dì d'oggi non s'impiega se non nei casi nei quali la testa devia dalla sua naturale posizione del mento contro il petto, piegandosi invece coll'occipite contro il dorso (vedi pag. 59). A toglierla da questa posizione la leva riesce utilissima; ma prima d'impiegarla si dee tentare se si possa riuscire a rimettere la testa del feto nella conveniente situazione con le dita della mano, perchè sebbene dica il Sig. Merriman *(l. c.) doversi il tutto rimettere agli sforzi della natura, non deesi però accettare un tale avviso* senza limite. *Quando si vedrà adunque, che il caso può cimentare la vita del feto, e mettere in pericolo la madre si prenderà con le dita della mano destra l'occipite del feto, e con la sinistra posta sulla regione corrispondente al fondo dell'utero, si tenterà di ridurlo alla presentazione naturale; ma se con tal mezzo non si potesse riuscire, allora si potrà applicare la leva. L'applicazione poi di questo strumento dovrà farsi sempre all'occipite, sia*

Dei casi che dimandano l' uso del Perforatore.

I casi, che dimandano l' uso del perforatore sono quelli, nei quali si trova l'apertura della pelvi così piccola da non permettere che vi passi la testa del feto. Altre cause possono invero qualche volta render necessario l' uso del perforatore, ma la causa veramente legittima è la distorsione della pelvi.

Il grado di distorsione della pelvi varia estremamente, ed è qualchè volta sommamente difficile l'asserire se la distorsione realmente sia così grande da impedire che la testa vi possa passare senza diminuirla di volume, ed in tali circostanze ci conviene aver sommo riguardo di non determinarsi con troppa fretta a mettere in uso il perforatore.

Vari mezzi sono stati raccomandati per misurare esattamente le dimensioni della pelvi, e l'ingegno degli ostetrici del continente ha prodotto un numero di differenti strumenti chiamati *pelvimetri*, i quali sono stati creduti capaci di assicurare con somma precisione qual sia il grado di estensione o larghezza della pelvi; ma vi è probabilmente in questo modo di misurare nel corpo vivente più di inesattezza di quello che possa vedersi a primo sguardo, e certamente le induzioni fatte da tali misure, e la maniera di contenersi, raccomandata in conseguenza delle medesime sono stati qualchè volta veramente contrari ai principj dell'arte.

Il Dott. *Osborn*, il quale ha investigato con ogni sorta di attenzione qual sia il miglior metodo di procedere nei casi di distorsione della pelvi, considera che un feto a piena maturità non può passare vivo, se la dimen-

---

che si trovi a un punto o all' altro del bacino. Giova poi il rammentarsi, che prima d' impiegare la leva, si dee avere di già ben calcolato sulle forze, che la natura può successivamente impiegare per l'espulsione del feto; altrimenti converrebbe ricorrere al rivolgimento, estraendolo per i piedi, dopo avere messo in uso inutilmente la leva. Da ciò è venuto la pratica di ricorrere piuttosto per prima operazione al rivolgimento del feto, anzi che alla leva, e l' esito ha sovente confermato la preferenza di questo metodo.

sione della pelvi dal pube alla prominenza dell' osso sacro sia solamente di due pollici, e tre quarti (a).

Il Dott. *Clarke* di Dublino dice, che tre pollici e un quarto dal pube al sacro sono il minore diametro per il quale ha egli conosciuto poter passare un feto pienamente sviluppato (b); ma è stato riconosciuto dal Dott. *Hamilton* che i feti sono nati vivi, quantunque la pelvi in questo diametro fosse manifestamente minore di tre pollici (c). È dunque necessario che gli esercenti l' ostetricia sieno sommamente in guardia sulla decisione, che sono par dare della attual dimensione di una pelvi (d).

In Ingbilterra si ha generalmente l'uso di esaminare l'estensione della pelvi colle proprie dita più, che col pelvimetro, ma su di un punto di tanta importanza sa-

---

(a) *Essays on Midwifery* 1792. *p.* 194.

(b) *Transactions of the Dublin association ec. vol.* 1. *p.* 374.

(c) *Letters to* Osborn 1792. *p.* 101.

(d) *Quantunque l' osso sacro abbia una gran projezione, o si avanzi entro la pelvi tanto da toccarsi a una distanza minore di due o tre pollici dal pube, e che per conseguenza l' ingresso in questa cavità sia soltanto di un tal diametro, pure se le ossa sono direttamente opposte le une alle altre, o se ancora il pube, essendo collocato un qualche poco più basso della grande prominenza dell' osso sacro, ed opposto alla parte dell' osso che diverge verso il dorso, la real distanza tra loro può esser molto più considerevole di quello, che sembra nella esplorazione ed esame della medesima. Da ciò deriva, che nei casi, in cui la protuberanza dell' osso sacro ha occasionato grandissima difficoltà nel principio del parto, opponendo un quasi insuperabile ostacolo all' ingresso della testa del feto entro la pelvi col dirigerla troppo lontano sopra il pube: pure quando la direzione è stata alquanto cambiata dalla leva; o con qualunque altro mezzo, e che la testa è stata portata entro la linea del centro della pelvi, il parto è stato frequentemente terminato con pochissimo intervento dell' arte, o con pochi sforzi* = Bland's Observations on Human and comparative parturition p. 200 sect. 5. = *Tutta questa sezione richiama utilmente l' attenzione di chiunque esercita l' ostetricia.*

rà ben fatto di prendere tutti i mezzi possibili per assicurarsi con precisione della dimensione reale, e può per questo essere utilissimo il ricorrere nelle circostanze all'uso del pelvimetro (*). Tuttavia in molti casi sarà difficile di determinare se la distorsione sia così grande da rendere impossibile il parto di un feto intatto; e quando vi è una tal difficoltà, ci conviene aspettare tanto quanto lo permetterà la sicurezza della madre, prima di procedere all'oparazione della cefalotomia. In altri casi la distorsione della pelvi sarà così considerevole da farci pienamente conoscere al primo esame l'impossibilità di vedere effettuato il parto, senza mutilare il feto; ma in questo caso dee esser lasciato correre un considerevole spazio di tempo avanti di procedere all'operazione, particolarmente se si tratti del primo parto; 1.° perchè l'operazione essendo dilazionata riuscirà più facile, e sicura; 2.° Perchè noi avremo la consolazione di conoscere, o di

---

(*) *Nella Francia, ed in tutte le Università d'Italia si usa il pelvimetro, o compasso di grossezza di* Baudelocque. *Quello di* Contuly, *come che destinato per la misura interna della piccola pelvi unicamente, e da mettersi in uso allora soltanto che l'utero gravido è salito sopra la gran pelvi, è sotituito dal pelvimetro naturale di ogni operatore, ossia dal dito indice della mano, che non arreca alcun danno alle parti molli interne, come può fare quello di* Contuly. *Questo dito portandosi con l'apice alla protuberanza dell'osso sacro, e col bordo radiale sotto l'arcata del pube, ha il vantaggio di far conoscere ancora se esistono in queste parti tumori, o altri vizi capaci d'impedire l'uscita del feto. Nel calcolare bensì il diametro antero-posteriore della pelvi è necessario sottrarre alcune linee dalla maggior lunghezza, che ne rappresenta il dito medesimo a cagione della posizione obliqua, che è obbligato di prendere: ma con questo metodo, reso più perfetto dall'esercisio pratico, ed associato all'uso del pelvimetro di* Baudelocque, *si può giudicare con bastante certezza dei vizi interni ed esterni della pelvi; ed il Sig.* Angeloni, *Professore aggiunto nella nostra Università di Siena, dimostrando questa pratica nella sala delle partorienti ha fatto conoscere ai Giovani allievi, quanto fossero sicuri i resultati che annunziava.*

credere che non abbiamo introdotto lo strumento mentre il feto era in vita. 3.° Perchè è nostro dovere di lasciare che la paziente, ed i di lei amici sieno convinti egualmentechè noi della necessità dell'operazione. Noi formiamo infatti il nostro giudizio della necessità dell'operazione dall'esame delle dimensioni della pelvi; ma eglino possono giudicarlo soltanto dalla straordinaria durata ed intensità del travaglio del parto, e perciò possono ancora richiedere la sanzione di un consulto, fatto espressamente, il quale un ostetrico assistente troverà in suo dovere ancora di proporre.

Quando sia stata presa finalmente la risoluzione di passare all'operazione, mediante le dovute cautele, potrà questa esser fatta senza danno, o offesa della madre. Dee l'operatore procurare che l'orifizio dell'utero sia sufficientemente dilatato; e dee far servire di guida alla punta del perforatore i suoi stessi diti, fintantochè non giunge a toccare la testa del feto. Dopochè egli ha fatta un incisione su i tegumenti della testa, dovrà procurare che lo strumento non sdruccioli finchè abbia perforato il cranio, e allargata l'apertura, coll'immergere lo strumento fin vicino al manico. Sarà qualchè volta vantaggioso, dopo effettuata la perforazione, di lasciare scorrere alcune ore prima di tentare la separazione delle ossa del cranio, ma relativamente a ciò, colui che esercita può giudicare meglio da se stesso della convenienza del tempo per eseguirla, facendo servire lo stato della paziente, ed il tempo, durante il quale si è altra volta terminato il parto, per base delle sue determinazioni.

Dell'uso dell'Uncino.

(Articolo aggiunto dal Traduttore Italiano).

= L'abuso che si è fatto da certi Chirurgastri, dimoranti in qualche miserabile villaggio di Provincia, e talvolta da certe levatrici fino a ricorrere ad un uncino da stadera, mi ha spinto ad aggiungere qualche cosa su di una materia, che fu trascurata dall'Autore, perchè non aveva in Londra gl'istessi motivi, che m'inducono a parlarne. *Mauriceau* trattando dell'uso degli strumenti per estrarre il feto morto dice = *questi servono sovente per liberare la donna dalla morte, se si adoprino nelle occasioni opportune dalla mano di un esperto e pru-*

dente chirurgo; ma se si pongono nelle mani di una bestia ignorante è l'istessa cosa che mettere la spada nelle mani di un furibondo = (Cap. 55).

= La circostanza nella quale è stato per lo più impiegato l'uncino, e si è creduto potervi essere autorizzati dalla natura del caso medesimo, si è allora quando è restata nell'utero la testa del feto estratto per i piedi, o per le natiche, perciò incomincio da questo caso.

= Questa disgrazia può accadere per una delle seguenti cagioni: 1.° Per effetto di un considerabile grado di putrefazione, che rende facile questo distacco; 2.° Per sproporzione del volume della testa del feto colle dimensioni della pelvi della madre; 3.° Per cattiva situazione della testa; ma nell'un caso, e negli altri sempre con colpa in causa (imperizia) di chi ha operato. Nel primo caso, siccome il grado di putrefazione è riconoscibile dallo stato della pelle, dal volume dell'addome medesimo del feto ec. (vedi pag. 45 e seg.) il distacco della testa dal tronco non è esente da colpa per parte dell' operatore, che dovrebbe introdurre a tempo il forcipe, e tirar fuori la testa con questo strumento, anzi che fare delle violente trazioni sul collo. Lo stesso può dirsi nel secondo, sebbene la colpa sia minore, attesa la difficoltà, che può esistere nel riconoscere l'idrocefalo p. e. in un feto presentatosi per i piedi. Nel terzo è egualmente colposo, perchè incontrandosi della difficoltà all'estrazione della testa, deesi esaminare con ogni accuratezza, se il diametro maggiore della testa del feto sia in corrispondenza con il più lungo dello stretto respettivo per il quale passa, onde in nessun caso può ammettersi certamente il distacco della testa dal tronco, senza che l'operatore sia redarguibile almeno di poca prudenza. Non dovendosi pur tuttavia dissimulare, che quantunque vero che il caso non debbe accadere, pure talvolta avvenne, e può rinnuovarsi ancora, è necessario che si sappia da chi è chiamato a correggere gli altrui falli, o da colui che dovrà correggere i propri, il mezzo di rimediarvi. Il Sig. *Galcotti* nella sua *Ostetricia pratica* (*Napoli* 1787) ci presenta un caso di distacco della testa del feto, quale fu da esso estratta con il forcipe (osserv. XXIV), e ci dà per insegnamento generale, che questo è il più sicuro, anzi esclusivo metodo per estrarre la testa rimasta nell'utero. L'insegnamento è giustissimo, quando la testa sia impegnata nello stretto superiore in modo da non sfuggire alla presa del forcipe,

e quell' aver egli fatto comprimere dalla levatrice la testa verso lo stretto inferiore (l. c.), indica che era digià impegnata nello stretto superiore. Ma è primieramente da avvertirsi, che avanti di determinarsi ad applicare il forcipe si dee tentare di tirarla fuori con la mano, insinuando il pollice nella base della testa, e le altre quattro dita nella bocca, tirando su questa presa, come insegnano i migliori maestri dell'arte, senza omettere l'uso di tutti quei mezzi locali e generali, atti a produrre rilasciamento nelle parti molli della madre, e prevenire l'infiammazione dell'utero. Se questa pratica non riesce, come può fallire nel caso di putrefazione del feto, distaccandosi la mascella, l'impiegare il forcipe è giusta le regole dell' arte.

= Accade frattanto che, o per vizio peculiare della testa del feto, o per quello della pelvi fallisca l'uno e l'altro metodo, ovvero, che non possa nè l'uno, nè l'altro esser messo in pratica. In tal caso l'operatore dee procurare di ridurre primieramente il vertice della testa al centro dello stretto, ove si dee mantenere con la propria mano (lo che conviene assai meglio della pressione sul fondo dell' utero, consigliata da *Celso*, e seguita da *Galeotti*), e con il coltello di *Deventer*, o con un bisturino, il quale abbia una pallina di cera in punta, e con ogni altra cautela, onde non ferire le parti della madre, non difese dalla mano dell' operatore che tiene immobile la testa, si introdurrà il detto coltello, guidato dal pollice della mano che fissa la testa, nella fontanella anteriore, o nella sutura sagittale, e per la fatta sufficiente apertura si farà uscire la sostanza contenuta nel cranio, mediante la compressione, che eserciteranno le dita dell' operatore. Ciò ottenutosi, si introdurranno le quattro dita della mano, che tenevano ferma la testa nella fatta apertura, ed il pollice nella bocca per ripetere il tentativo di estrarre la testa con la mano. Se, malgrado ogni sforzo ben regolato, non riuscisse di estrarre con tali mezzi la testa sia per il ristringimento dell' utero, per l'inturgidimento della vagina, o per qualchè grado di angustia della pelvi, isolatamente, o contemporaneamente esistenti, sarà quello il caso di mettere in uso l'uncino, facendolo penetrare a tutta sostanza nell' occipite, onde venga fuori la testa per quella parte, che è la più facile ad aprirsi una via. Se non si potesse insinuare l'uncino in questa parte, deesi tentare di insinuarlo nella base del

cranio coll' investire dall' esterno all' interno la mandibula inferiore, e portar fuori la testa per quest' altra estremità, sebbene meno atta della prima ad insinuarsi lungo la pelvi. Se la mandibula inferiore cedesse, o fosse digià strappata, si farà penetrare l' uncino nell' osso della mascella superiore, per il quale pure può venire la testa, sebbene esiga l' impiego di maggior forza. Inerendo a tali precetti, che sono quelli di *Baudelocque* e di *Gardien*, mi narrava *Angeloni*, che con questo ultimo metodo aveva potuto salvare la vita di una partoriente occulta, alla quale la testa del feto era restata nell' utero, per colpa di una malcauta Levatrice.

= L'uso degli uncini penetranti nella testa del feto sarà indispensabile, anche quando il feto presenta la testa, o che, venuto per i piedi, questa sia l' ultima ad escire, tutte le volte che, o per vizio della pelvi, o per altro imperioso accidente, sia riuscito insufficiente il soccorso della sola mano (ad onta che *Caparon* lo creda sempre bastante), e quello del forcipe (quantunque *Galeotti* dica dovere sempre riuscire), ovvero che si renda inapplicabile quest' ultimo, sia per metà, sia nella sua totalità, come nell' inchiodamento della testa con le sue gobbe parietali, tra il diametro antero-posteriore dello stretto superiore, o nel trasverso del perineale, o perchè infine non siasi potuto tè con la mano, nè con la leva ridurre la presentazione della faccia a quella del vertice. In tal disgraziato accidente adunque, riconosciuta che sia con certezza la morte del feto, altro non resta, per togliere dall' imminente pericolo la madre, fuorchè ricorrere all'uncino. In un caso di parto per i piedi (nella casa della Levatrice Savoj in Siena) al quale assisterono i Sigg. *Gambini*, ed *Angeloni*, senza che la testa potesse discendere, perchè le parti della madre erano strettamente riserrate sulla base della medesima, e quelle dure più anguste dell' ordinario, non essendosi potuto introdurre che una sola branca del forcipe, fu necessario impiantare l'uncino al di sopra dell' osso mascellar superiore, e così fu salvata la madre.

= Tutte le volte pertanto, che per le circostanze sopra esposte è giuocoforza ricorrere all' uncino, la parte ove dee essere applicato è l' osso occipitale, quando la testa si presenta la prima; e quando sia l'ultima a presentarsi, come nel caso sopra indicato, dee impiantarsi sopra il mascellar superiore: ma nell' uno, e nell' altro caso im-

porta molto il dare alla testa nel tempo che si obbliga a discendere, quella direzione che prende nel parto naturale (vedi pag. 1, e seg.). =

ARTICOLO II.

DELLA OPERAZIONE CESAREA

Quando questa operazione è stata eseguita nell'Inghilterra è riescita in quasi tutti i casi fatale alla madre. La relazione di 22 casi ha fatto conoscere 21 caso disgraziato per la madre. L' unico caso di ristabilimento è riferito da *Barlow* di Blackburn, nel *Medical records and researches* 1798; ma sono stati affacciati dei dubbi, se in questo caso la incisione fosse effettivamente fatta nell'utero (a). Dei feti, 10 nacquero morti, e dei 12 estratti vivi 4 sopravvissero soltanto pochi giorni, ed il numero totale delle vite conservate non ha superato il nove. Un caso molto sorprendente assicurasi esser accaduto in Irlanda (b). La paziente chiamavasi Alice O'Neal; l'operazione fu fatta da una illetterata mammana, Maria Dunally, la quale si servì di un rasojo, tagliando con questo prima le parti continenti dell'addome, e poi l'utero. Tenne quindi uniti i labbri della ferita colla sua mano, fintantochè un assistente andò ad un miglio di distanza, e ritornò colla seta, e con un ago comune da sarti, con il quale essa riunì le labbra della ferita, con una cucitura analoga a quella praticata per il labbro leporino, e ricuoprì la piaga con chiara d'uovo. La malata si ristabilì in 27 giorni. Quantunque il fatto possa comparire incredibile, non sembra che vi sia da dubitare della di lui verità. Esso è riferito da *Duncan Stewart* chirurgo in Dungannon, il quale vidde la paziente alcuni giorni

(a) Barlow *sostiene aver fatto la incisione dell'utero, e che da questo viscere estraesse il feto; ed in quanto a me confesso, che mi sembra esservi molte prove evidenti della verità del di lui rapporto. Vedi* Hull's defence and Observations p. 70.

(b) *Saggi medici d'Edimburgo vol. 5.*

dopo l'operazione, e la storia è confermata dal Dott. *Gabriel King* di Armagh, il quale dice di avere esso stesso levata la cucitura, che la mammana aveva lasciata per la riunione delle labbra della ferita.

Sul Continente l'operazione cesarea è stata fatta più frequentemente, ed è stata meno fatale per le madri, che in Inghilterra. Non è stato però esposto con quella esattezza, che meriterebbe il soggetto, quanto spesso siasi riuscito a salvare la vita dei bambini (*). Si è spesso cercato d'investigare perchè questa operazione avesse più felice successo nel Continente, che nell' Inghilterra, e molti scrittori lo hanno attribuito al clima; ma non è possibile che questo abbia tanta influenza da impedire il ristabilimento. Non può essere tampoco attribuito giustamente a mancanza di abilità nei Chirurghi, da che eglino riescono in altre operazioni di un azzardo manifestamente eguale. Due altre cause facilmente sono più probabili delle precedenti. 1.° Che molte delle pazienti in Inghilterra erano state ridotte precedentemente in un cattivo stato di salute per ciò, che chiamasi *Mollities ossium*. 2.° Che si è perduto troppo tempo prima di fare l'operazione, così che la paziente, dopo un lungo ed inefficace travaglio è

(*) *Se per vita salvata dei bambini si debbe intendere la cognizione precisa del tempo che sopravvissero i bambini dopo estratti dall' utero materno, tutti converranno con il Sig.* Merriman *che noi manchiamo di una cognizione estesa, perchè sovente coloro, che riuscirono a fare questa operazione felicemente, ne diedero la storia poche settimane dopo, e più non si parlò dei mesi ed anni che vissero i così detti nonnati, quantunque di alcuni si conosca; ma se parla poi di sopravvivenza di qualche settimana, non vi è stato scrittore di tali casi, il quale non abbia riferito se il bambino ha sopravvissuto, o no. Laonde a me sembra, che l'Autore avrebbe meglio detto, che noi manchiamo di dati sufficienti per conoscere quanto meno di attitudine abbiano a campare la vita i bambini estratti mediante la gastroisterotomia, di fronte a quella dei bambini venuti alla luce per le vie naturali; cosa che non potrà aversi certamente se non a capo di una lunga serie di ulteriori osservazioni.*

stata operata, quando era di già rifinita dalla fatica, ed illanguidita dalla febbre (a).

E certo che gli Ostetrici del Continente sono più familiarizzati con l'idea dell'operazione cesarea, di quello che lo siano gl'Inglesi. Molti accreditati scrittori d'ostetricia la sanzionarono, e la raccomandarono, dando inoltre le regole per l'esecuzione della medesima; calcolando sempre sull'accurata, o supposta accurata, misura della pelvi, ed indicando così quando sarebbe da impiegarsi la leva, quando il forcipe, quando il perforatore, quando la sinfisiotomia, e quando l'operazione cesarea (b).

La considerazione sulla convenienza di fare questa terribile operazione non è stata posta soltanto sotto il giudizio delle persone dell'arte, ma se ne è fatto ancora soggetto di discussione ecclesiastica, ed i Dottori della *Sorbona*, ed i capi delle scuole, e dei collegj Teologici diedero liberamente le di loro decisioni su questo articolo. Fu da questi ultimi stabilito che l'operazione cesarea fosse fatta ogni volta che si conosce essere il feto vivente, e l'impossibilità di estrarlo vivo con altri mezzi, perchè, giusta il loro asserto, è un peccato mortale il perforare la testa di un fanciullo vivente nell'utero. I preti sono istruiti, nel caso che la madre ricusasse di sottomettersi all'operazione, di non omettere alcun mezzo per persuaderla; eglino ne indicano tutti i vantaggi; dicono in un modo assoluto, che l'operazione non è così crudelmente penosa, quanto si potrebbe credere; parlano della sottomissione alla medesima, come un atto del maggiore amore verso Dio, e di rassegnazione alla sua volontà; è finalmente suggerito che, sotto certe circostanze, la paziente possa esser presa con violenza, e fatta l'operazione contro la di lei volontà. E stato inoltre dichiarato, che i medici, o chirurghi, i quali si ricusassero di raccomandare, o di fare l'operazione, quando pensano che sia necessaria, si renderebbero colpevoli di peccato mortale, e che debbono castigarsi dai Magistrati; e tale insinuazione è passata in una legge, vigente in Sicilia, la quale dichiara, che non sarà ammesso alcuno alla pratica della chirurgia, finchè non sia stato accuratamente

---

(a) *Vedi Appendice* XXXIII.
(b) *Vedi Appendice* XXXIV.

esaminato sulla maniera di fare l'operazione cesarea sulla madre vivente (a) (*).

Tutte queste cause prese insieme, faranno conoscere perchè questa spaventevole operazione sia più facilmente

---

(a) *Vedi* Cangiamila *Embryologia sacra passim*; Raynaud *de ortu infantis contra naturam*, Peu *Pratique des Accouchemens ec.*

(*) *Qualunque persona, anche estranea all' arte non potrà contenere la sua indignazione all' udire relazioni, nelle quali, quand' anche vi fosse qualche parte di vero, relativamente ai tempi degli avi dei nostri bisavoli, è per le successive età, e per la nostra conseguentemente un ammasso calunnioso di mensogne. L'Autore, attingendo forse da altri le sopra indicate citazioni, poteva almeno esaminare in che secolo, ed in che anno furono stampate quelle opere, e da ciò sarebbe stato tentato a ricercare da qualcuno di quei suoi connazionali (che passando sul Continente senza pregiudizi, col possesso delle lingue Francese, ed Italiana, con uno spirito più aggiustato, ed una mente più sana della famosa Lady* Morgan) *per sapere se nel 1820 esistessero le stesse costumanze, che due secoli addietro, non per colpa delle nazioni, ma dei tempi, avevano forse esistito in un qualche angolo del Continente. È vero che lo spirito irrequieto di certi Teologi più sollecito di dettar leggi al pensiero, che di edificare con la semplicità e purità del costume, volle un tempo sentenziare su di ogni materia: ma è altresì vero che molti, come il* Da Cuneo *parlando della necessità di procurare l'eterna salvezza dei bambini, scrissero non solo per vero zelo: ma attinsero dagli scritti dei chirurghi, e degli ostetrici le ragioni dei loro consigli. Ma sia stato pure soverchio lo spirito di dogmatizzare degli Ecclesiastici, inopportuno lo zelo, erronee le idee della giustizia di un Ente sapientissimo; il dire che gli ostetrici, e le pregnanti sono dominate nel Continente dai Preti è un ignorare non solo, ciò che realmente si pratica; ma ancora un avere scordato, che nell' opera di quell' Autore del Continente* (Mauriceau) *tradotto in tutte le lingue, e conosciuto in tutte le Scuole, all' articolo = Operazione Cesarea = si conclude* = Che mai; nè in alcuna occasione dee intraprendersi una tale operazione, se non

eseguibile nel Continente, che in Inghilterra, ed una superficiale osservazione dei varj casi di tal sorta, che sono stati pubblicati, mostrerà che gli operatori non furono sempre accuratissimi nella scelta del partito da prendersi, perchè, in molte circostanze, l'operazione fu risoluta con temerità, e senza bisogno, come lo confessa ancora lo stesso *Baudelocque*, uno dei sostenitori di questo metodo. Non sorprenderà molto, che gli ostetrici Inglesi, dietro il poco successo, che si spera dall'operazione cesarea nella Gran Brettagna, sieno stati reluttanti nel proporla, o nell'adottarla, e che perciò non vi abbiano ricorso giammai, fuorchè nei soli deplorabilissimi casi, nei quali è tolta ogni possibilità di effettuare il parto con altri mezzi. Tali casi sono accaduti, e un esempio di questi può vedersi adesso nel museo del mio amico *Carlo Bell*, nel quale la distorsione della pelvi è ad un grado così somma, che una palla avente un diametro minore d' un pollice non può esser fatta passare per la medesima in qualunque direzione. In questo caso ed in altri di tal fatta,

---

subito che è seguita la morte della madre =. *Se a tutto questo si aggiunge che nell' opera di un' ostetrico al servizio del Re delle due Sicilie si legge* = Una sola circostanza si dà, la quale possa esigere il taglio cesareo nella madre vivente; quando il feto sta nell'ovaja o nella tuba fallopiana (Galeotti l. c. pag. 190) = *si vedrà quanto peso dovesse darsi dallo Scrittore di quest'opera alle autorità da esso citate per sapere cosa si fa nel Continente, ed in Sicilia.*

Spiacemi, per vero dire oltremodo, che quì il Sig. Merriman, *il quale tanto stimo per la sua dottrina, e che dipoi nella sua memoria da me accennata alla pag.* 53 *non è renitente a proporre l' operazione cesarea, abbia potuto far credere essere in esso qualcuno di quelli stessi difetti, o mancanza di veridiche informazioni, che uniti a femminil virulenza, e vetturinesche istruzioni brillano nei rapporti della* France, *e dell'* Italy, *offerti dalla dama Irlandese alla Nazione Britannica, ed il di cui prodotto è stato quello di spargere la diffidenza reciproca tra i viaggiatori Inglesi, e quelli abitanti del* Continente, *della di cui troppa ospitalità ha saputo bene ammonirli l' urbanissima e riconoscente viaggiatrice.*

l' operazione cesarea era il solo mezzo di preservare la vita del feto.

Vi è poco bisogno di fare osservare, che nel caso d'una donna prossima al termine della gravidanza, morta senza partorire, l'operazione cesarea debbe essere sempre eseguita colla minor perdita di tempo possibile; poichè per tal mezzo ci si presentano dei casi di salvamento della vita del feto, e sono stati riportati alcuni fatti comprovanti, che per tale operazione, dopo la morte della madre, si è potuto giungere ad ottenere il desiderato fine (a).

E forse impossibile di poter precisare quanto tempo possa sopravvivere il feto nell'utero dopo la morte della madre, sebbene qualche Autore parli di 24, o 48 ore come ammissibili per la vita del feto (*). S. H. Jackson

---

(a) *Mercoldì 15 Luglio, a Eddescastle, Staffordshire, la moglie di M. Prescott, guardia doganale, essendo restata uccisa dal fulmine, fu aperta, e portato fuori dal ventre un feto maschio vivente, il quale fu immediatamente battezzato col nome di Giona, ed è molto probabile che continuerà a vivere*. — Gentleman's Magazine 1747. *Vedi egualmente* Spence's *Midwifery* 1784 *p.* 495 Viardel *capit. XXIV* — Embryologia sacra; Schurigii embryologia 122.

(*) *In Italia per rinvenire esempi di fanciulli cavati vivi dal corpo delle madri defonte in stato di gravidanza, battezzati e sopravvissuti, non è duopo rimandare il lettore al 1757 ec. Si sa da ogni persona del popolo, che in qualunque caso di morte di una donna, della quale è certa la gravidanza, il chirurgo dee esser pronto nell'operare la defonta madre, e ben pochi sono i chirurghi, specialmente tra quelli stipendiati dai Comuni, i quali, giunti ad una qualche età, non abbiano avuto luogo di fare una tale operazione. E questo un altro motivo per cui si è sempre insegnato il metodo dell' operazione cesarea in tutte le scuole, onde, sebbene sulla morta, sia eseguita con le debite regole, essendo ben possibile il caso, che nel tempo in cui si cerca di procurare la salvezza del feto si avesse il rammarico di vedere ricomparire la vita nella madre, senza poterla sostenere per la mancanza di precauzioni usate nell' esecuzione dell' operazione. Tali insegnamenti si danno certamente da tutti i Professori di Oste-*

parla di un feto estratto mediante il forcipe, con divisamento veramente salutare, e degno di ogni elogio del detto Autore, il quale, sebbene la madre fosse morta mezz' ora avanti, pure potè ottenere la vita del feto (*).

Lo spaventevole sacrifizio delle vite, che necessariamente porta l'uso del perforatore, o l'operazione cesarea, ha dato luogo a molte lodevoli ricerche, per trovare un qualche mezzo, onde impedire la frequenza di queste operazioni, nei casi di deformità della pelvi; e furono perciò proposti, in diversi tempi, i tre seguenti metodi, perchè gli ostetrici dietro matura considerazione possano determinarsi a qualcuno dei medesimi. I.° La divisione della sinfisi del pube, per render maggiore la capacità della pelvi. II.° L'impedire il pieno sviluppo del feto nell' utero, mediante l'astinenza, e con qualunque altro mezzo depletorio. III.° Il procurare il parto prematuro.

ARTICOLO III.

DELLA

SINFISIOTOMIA

M. *Sigault* Chirurgo a Parigi sottopose all'Accademia di Chirurgia nel 1768 la divisione della sinfisi del pube, durante il parto, come un modo di facilitare l'uscita del feto, e nel 1777, assistito da M. Adolfo *Leroy* eseguì l'operazione in una donna chiamata Souchet, la quale aveva precedentemente partorito quattro figli morti. In questa occasione però la vita del feto fu preservata; ma la donna restò in stato di gran pericolo, e l'uretra, e la vescica restarono gravemente offese. Non vi fu forse però operazione chirurgica ricevuta, e raccomandata con più entusiasmo di questa. L'operatore fu immediatamente onorato con una pensione per parte del Governo Francese,

---

tricia, e sono più di venti anni che nel Dizionario chirurgico di Louis si dava il precetto di fare l'operazione cesarea nella donna morta incidendo, come un taglio meno pericoloso, la linea alba.

(*) *Vedi nota prima dopo l'Appendice XXVIII.* sull'operazione cesarea fatta per la vagina.

e fu coniata una medaglia in commemorazione di questa invenzione. Così molti ostetrici l'adottarono con tale ardore, che in uno spazio di tempo, comparativamente corto, fu eseguita in un gran numero di donne. Adesso però gli ammiratori di questo nuovo metodo hanno riconosciuto di essere stati troppo pronti nel formare la loro opinione. *Quaranta quattro* donne sono state sottoposte a questa operazione in diversi paesi, e *quattordici* feti soltanto sono stati salvati, e *trenta* madri; e delle ultime molte restarono inferme, o coll'incontinenza dell'orina, o con altri più gravi incomodi per tutto il rimanente della loro vita. Finalmente il cattivo successo di questa pratica lo ha fatto cadere in total disuso, e la memoria del medesimo può attualmente essere utile soltanto per renderci cauti nell'adottare d'ora in avanti con inconsideratezza, e con fretta quei metodi pratici, che non sono sostenuti da un giusto raziocinio, nè sanzionati dall'esperienza (*).

(*) *Non è vero che la sinfisiotomia sia andata in disuso; dal 1815 al 1818 fu infatti praticata in Milano tre volte (V. A. U. di Medicina del Dott. Omodei Vol. IX.) sotto la direzione di uno dei più abili Professori, come non è vero che sia stata sempre eseguita con cattivo successo. E bensì verissimo che l'esecuzione della medesima è contraindicata da una quantità di circostanze molto maggiori di quelle che contraindicano la Gastroisterotomia, e che se in questa vi è il pericolo della vita della madre, maggiore che nella prima, nella Sinfisiotomia, se gli stretti non giungono al diametro di circa tre pollici, se la testa del feto eccede i suoi diametri naturali (cosa non tanto facile a rilevarsi), se in fine la donna è molto avanzata in età, oltre il pericolo dell'operazione, vi è da temere che sarà inutile, e che converrà estrarre il feto con altri mezzi.*

ARTICOLO IV.

DELL' ASTINENZA,

COME UN MEZZO ATTO AD IMPEDIRE IL PIENO SVILUPPO DEL FETO.

Questa misura fu raccomandata da M. Giacomo *Lucas* chirurgo nello Spedale di Leeds in una memoria (*Vedi Vol. II. delle memorie della Società medica di Londra*), ove riporta alcuni casi, nei quali cerca dimostrare, che la dieta la più severa, unitamente a delle emissioni di sangue, fatte secondo la circostanza, ed al moderato uso dei purganti, hanno minorato lo sviluppo del feto, e procurato che le ossa della testa fossero più arrendevoli. Non vi è dubbio che in una donna ben conformata, assuefatta ad avere dei parti difficili, a cagione della mole grande del feto, questo metodo possa riuscire accidentalmente utile, e che possa resultarne ancor qualche vantaggio in alcuni pochi casi di deformità della pelvi, purchè la deformità non sia troppo grande; ma il vantaggio che si aspetta da un tal metodo sembra circoscritto da dei limiti molto ristretti, e perciò questo piano può esser utile soltanto per incidenza. Il Sig. *Assalini* riferisce un caso, nel quale l'astinenza fu utilmente prescritta (a), ma fa osservare, che non si dee porre fiducia nella medesima, perchè alcune donne gravide, le quali rigettarono costantemente per vomito qualunque parte di cibo che trasmettevano, diedero nullaostante alla luce, in molti casi, dei feti bene sviluppati (b).

(*a*) *Nuovi strumenti di Ostetricia, e loro uso*. 1811.
(*b*) *Vedi Appendice XXXV.*

ARTICOLO V.

DEL PROCURARE IL PARTO PREMATURO

COME UN MEZZO D'ALLONTANARE LA NECESSITA' D' AVERE RICORSO AL PERFORATORE.

Gli ostetrici pratici debbono avere osservato, che in molti casi di distorsione della pelvi, i feti settimestri, quando il parto ha avuto luogo accidentalmente a quest' epoca, sono passati in un modo comparativamente facile, e nati vivi, quantunque, allorquando giunsero al total termine della gestazione, fossero restati sacrificati dalla difficoltà del parto. *Smellie* novera alcuni casi di tal fatta, e particolarmente quello di una donna, la di cui pelvi aveva meno di due pollici e mezzo di diametro. Questa era stata operata cinque volte, e solo un feto potè salvarsi, mediante l' esser nato nell' ottavo mese, e poco sviluppato. Egli ha similmente dato due figure dimostranti una pelvi col diametro di due pollici ed un quarto. Una di queste dimostra l' impossibilità di far passare senza mutilazione un feto bene sviluppato, quantunque le ossa della testa siano grandemente compresse, e l' altra mostra un feto di sette mesi superante questo stretto.

Una volta provato che il parto prematuro accidentale, o spontaneo potesse esser bastante a preservare la vita dei feti, nei casi di distorsione della pelvi, era ben naturale di prendere in considerazione se il parto, artificialmente accelerato, potesse esser seguito da un egual successo, ed in conseguenza di ciò fu tenuta in Londra nel 1756 un' adunanza di persone molto distinte per considerare la moralità ed i vantaggi che potevano annettersi a questa pratica, la quale incontrò la loro generale approvazione (a). La moralità di questa pratica è stata tuttavia messa in dubbio da molti altri; e probabilmente per non avere considerato la questione nel suo vero punto di vista. Il soggetto infatti della questione era = se il parto si dovesse procurare prematuramente in quei casi soltan-

(a) *Denman introdution to the Practice of Midwifery* 4. *p.* 395.

to, nei quali fosse stato decisivamente provato, che la pelvi era talmente ristretta nelle sue dimensioni, da rendervi impossibile il passaggio d' un feto pienamente sviluppato, senza ricorrere alla mutilazione di questo, e quando vi sono ragioni per credere che un tal metodo, mentre offre la possibilità di preservare la vita del feto, non compromette molto quella della madre =. Il dire che dalle madri non s' incontri pericolo per una tale operazione sarebbe lo stesso che asserire una cosa contraria al fatto, perchè non si può porre in dubbio, che alcune donne hanno perduto la vita in seguito di questa operazione; ma si può dire con egual verità, che la donna, la quale è sottoposta all' operazione dell' estrazione del feto, dopo l' uso del perforatore è posta in un pericolo se non maggiore almanco eguale al precedente.

Qual sia stato il successo di questa pratica, relativamente alla preservazione della vita del feto non si può forse esattamente asserire, ma tra i casi pratici occorsi nelle donne da me assistite, e tra quelli nei quali io sono stato consultato, posso contare *trentatre* casi di parti, procurati prematuramente nell' ottavo mese della gravidanza a motivo della somma distorsione della pelvi. In 21 di questi parti i feti nacquero morti; 4 nacquero vivi, ma incapaci di vivere al di là di poche ore (ed in uno di questi casi il parto fu gemello); 8 nacquero vivi, e capaci di conservare la vita; onde può dirsi che un terzo dei feti fu salvato, mentre avrebbe dovuto perdere la vita, se le donne fossero giunte al pleno termine della gravidanza, e liberate per mezzo del perforatore. Si ristabilirono poi tutte le donne, la maggior parte delle quali, se non tutte, avrebbero dovuto perdere la vita, se fossero state liberate per mezzo dell' operazione cesarea. Merita quì d'esser fatto osservare, che dei feti nati morti 15 si presentarono preternaturalmente, e che in un caso soltanto di cattiva presentazione, quale fu per le natiche, il feto nacque vivo. In alcuni altri casi sembra che la morte del feto accadesse immediatamente dopo che le madri furono prese da forti brividi di freddo, precursori della febbre.

Nel raccomandare questa pratica è della più grande importanza che sieno doverosamente considerati, e ponderati i principj, dietro i quali soltanto sembra giustificabile. Non dee esser nascosto che ad una tal pratica si è ricorso da persone senza principio di religione, e di

morale all' oggetto atroce, e criminoso di procurare l'aborto, e che qualche volta è stata adottata senza necessità, da persone ignoranti, o malcaute. Interessa perciò sopratutto a colui, il quale ama di andare esente dall' una e dall' altra delle sopradette imputazioni d'agire in guisa che se fosse istituito qualunque giuridico esame possa trovarsi in grado d'assegnare giuste, e sodisfacenti ragioni del suo operato. La possibilità di una tal ricerca non dee esser considerata in alcun conto in un modo superficiale, come se fosse remotissima. Un medico, i di cui motivi potevano essere soltanto commendabili, fu ultimamente minacciato di una persecuzione per avere proposta una tale operazione, e non è molto tempo che un ostetrico di eminente carattere per una circostanza di tal fatta fu chiamato avanti il Tribunale del Giurì per rendere conto del suo operato, lo che fece nel modo più soddisfacente ed onorevole.

Pochi anni addietro io presentai alla Società medica di Londra una memoria sopra l' acceleramento del parto innanzi tempo, la quale fu pubblicata nel terzo volume delle Transazioni di detta Società. Cercai in essa di assegnare ad una tal pratica quei limiti, e quelle cautele, che sembravano necessarie per assicurarne l' esito, e giustificarne la scelta. Frattanto io mi permetterò di esporle qui nuovamente. I. Siccome il primario oggetto è di preservare la vita del feto l' operazione non dee essere giammai intrapresa fintantochè non sieno terminati i sette intieri mesi della gravidanza, e se la pelvi della madre non sia tanto grandemente ristretta da presentare dipoi un insuperabile ostacolo, il lasciare scorrere altre due settimane, darebbe al feto una maggiore possibilità di sopravivere alla nascita. II. Questa pratica non dovrà essere adottata giammai fintantochè l' esperienza abbia decisivamente provato che la Madre è incapace di mettere alla luce un feto vivente, ogni volta che questo sia giunto al suo pieno sviluppo. III. Siccome è qualche volta necessario di ricorrere al perforatore, nel caso di un primo parto, quantunque la distorsione della pelvi non sia troppo considerevole, perciò l' uso di questo strumento, in un primo parto, non può di per se solo rendere giustificabile l' acceleramento artificiale di cui si parla. IV. L' operazione non dee eseguirsi giammai quando la paziente è attaccata da una pericolosa malattia. V. Se dietro l' esame, prima che sia fatta l' operazione, si riconoscesse che

la presentazione è preternaturale sarebbe conveniente il differirla per alcuni giorni, essendo ben possibile che possa spontaneamente cambiarsi la posizione del feto, specialmente se la parte che si presenta fossero l'estremità superiori (a). VI. Dee prendersi la più gran cura di evitare l'accesso dei brividi di freddo e della febbre, i quali sembrano essere una non rara conseguenza di questo tentativo, per indurre l'azione uterina, e che hanno spesso prodotto la distruzione del feto, e dell'allarme per la vita della madre. Le peculiari circostanze esistenti, al momento che si eseguisce l'operazione, e l'abito di corpo della paziente faranno determinare l'ostetrico ad adottare il più stretto regime antiflogistico, ovvero a somministrare gli oppiati, gli antispasmodici, o i tonici. VII. Per procurare tutti i mezzi preservativi possibili della vita del feto sarà prudente di aver pronta una nutrice, affinchè il feto possa avere un pieno sostegno nel latte, al più presto possibile dopo la sua nascita. Finalmente l'ostetrico, dovendo avere riguardo a salvare la sua propria riputazione, non si determinerà ad eseguire questa operazione senza che altri rispettabili Pratici (*) abbiano

---

(a) *Medico-Chirurgical Transactions Vol. III. pag.* 144.

(*) *Qualunque persona dell' arte, che da per se sola intraprendesse una tale operazione, è anzi, a mio credere, reo di un delitto, che i Tribunali non debbono lasciare nell' oblio. In quanto alla moralità di questa operazione, dietro le sopra esposte regole, non si possono fare maggiori objezioni di quelle che far si potrebbero all'uso in medicina delle più venefiche sostanze, dalle quali la Terapia trae i più attivi rimedj. Un' objezione più solida sarebbe piuttosto quella di non potersi sempre precisare l'epoca della gravidanza, onde eseguire l'operazione con le maggiori speranze possibili sulla vitalità del bambino: ma se si abbia cura di evitare l'epoca minore dei sette mesi compiti, sembra che anche questa objezione sarà distrutta. Il grado però di ristrettezza della pelvi, calcolato sulla misura dei suoi diametri, e sulle difficoltà incontrate nei parti precedenti, potrà servire di molta norma all' ostetri-*

veduto la paziente, e riconosciuta la convenienza dell' operazione.

---

eo, onde stabilire in un consulto se questa operazione convenga piuttosto nel settimo, nell' ottavo, o sul principio del nono mese. Wenzel, che ha pubblicato nel 1818 delle particolari osservazioni su questo articolo, ed ha fatto questa operazione tre volte con felice resultato, pretende che sia da eseguirsi ancora nelle primipare, quando si possa con sicurezza pronosticare, dallo stato di angustia della pelvi, l' impossibilità del passaggio per essa di un feto a piena maturità: ma ogni pratico vedrà a qual cimento trovasi esposto il suo criterio per giudicare, e per risolvere in tali casi, e vorrà certamente duplicare le sue cautele, prima di determinarsi. In quanto poi al niun pericolo, che asserisce lo stesso Wenzel esistere in questa operazione, è più valutabile il deposto del Sig. Merriman dietro 33 casi, che quello dell' ostetrico Tedesco dietro tre operazioni soltanto. Importante poi mi sembra l' avviso che dà quest' ultimo relativamente al modo di rompere le membrane, cioè che = Non sempre ciò può eseguirsi con una sonda a punta ottusa, specialmente se l' utero sia troppo alto, nè si possa entrare nella di lui cavità, nè tese si trovino le membrane; ma una cannuccia curva di argento con un tre quarti nascosto, introdotta con la direzione del dito nella cavità dell' utero, servirà meglio a tal uopo. Tostochè si potrà congetturare che la punta della cannula sia nella cavità dell' utero si spinge l' ago, ed al comparire dello stillicidio delle acque si ritira la medesima, onde non scolino troppo in fretta. Il parto suol cominciare due, o più giorni dopo, e l' espettazione tranquilla del medesimo è preferibile a qualunque altro metodo atto ad accelerarlo. = Si rammenterà infine l' operatore la necessità di battezzare il feto, per sifone, al più presto che gli sarà permesso.

APPENDICE

DI CASI ILLUSTRATIVI LA PRECEDENTE

SINOSSI

Appendice I.

PRESENTAZIONI DELLA TESTA (vedi pag. 13)

Baudelocque, e molti altri Autori Francesi ammettono che la testa nel parto naturale possa presentarsi in sei differenti posizioni cioè I.° Quando la sutura sagittale taglia la pelvi obliquamente, ed essendo la fontanella anteriore voltata contro la sincondrosi sacro iliaca destra, e la posteriore un poco al di dietro del sinistro acetabulo. II. Quando la fontanella anteriore corrisponde alla sincondrosi sacro-iliaca sinistra, e la posteriore al destro acetabulo. III. Quando la fontanella posteriore corrisponde alla sinfisi del pube, e l'anteriore al sacro, e la sutura sagittale traversa in conseguenza il corto diametro della pelvi in linea retta. IV. Quando la fontanella anteriore si trova all'acetabulo sinistro, e la posteriore alla sincondrosi sacro-iliaca destra. V. Quando la fontanella anteriore è al destro acetabulo, e la posteriore alla sincondrosi sacro-iliaca sinistra. VI. Quando la fontanella anteriore corrisponde alla sinfisi del pube, e la posteriore si trova opposta alla parte prominente dell' osso sacro. In conseguenza di questo le tre ultime posizioni che sono state considerate nella presente sinossi, come appartenenti alla Distocia perversa (pag. 37) sarebbero classate dagli Autori Francesi sotto l' Eutocia.

Nel volume XVIII del *Journal de Medicina* si tro-

va una esposizione statistica delle differenti posizioni di 16,286 bambini che si presentarono colla testa dalla quale resulta, che

13,598	erano nella prima posizione,
2,592	- - - nella seconda,
5	- - - nella terza,
54	- - - nella quarta,
36	- - - nella quinta,
1	- - - nella sesta.
16,286	

Appendice II.

PARTO NATURALE (vedi pag. 14)

Caso I. M. *Sacomb* ostetrico di Parigi il quale ha pubblicato qualche opera sull'ostetricia ebbe l'opportunità, colta per vero dire con poca decenza, di potere osservare i progressi del parto naturale non con mezzo delle dita, ma con quello degli occhi, ed avendo il suo orologio alla mano fu capace di calcolare con grande accuratezza il tempo, e la durata di ciascuna doglia. La relazione che egli ha dato è nel tutto insieme curiosa e nuova; io però mi sono preso la libertà d'abbreviarla alquanto nella traduzione. Nel fare una tal cosa, io l'ho spogliata di ciò che l'autore ha pensato probabilmente costituire un bellissimo scritto, ma che meritava piuttosto il nome di *rodomontata*, onde è che io spero ottenere il perdono di una tal libertà (*).

(*) *Oltre la libertà che si è presa il traduttore Inglese di lasciare saviamente alcuni squarci della relazione originale, anche il traduttore Italiano si è creduto permesso di rendere nello stile di narrazione quello che era esposto colle frasi di una calda immaginazione poetica. Possibile, che l'originale fosse scritto con lo stile della poesia orientale! Non potrei precisarlo, ma uno dei sorprendenti squarci tolti dal traduttore è la comparazione dello spettacolo dell'apparizione della testa del feto dopo la rottura delle membrane, ed il versamento delle acque, alla gaudiosa veduta del sole nascente, quando appunto si eleva sull'orizzonte.*

Il dì 11. Giugno 1781. un Ministro della Dogana di Montpellier m' invitò a pranzare seco lui nella sua casa di campagna a Laverune, Villaggio distante circa una lega da Montpellier. Appena giunti fummo avvisati che la figlia del Giardiniere in età di sedici anni, di statura vantaggiosa, e ben formata, era attaccata dalle doglie del suo primo parto. La Levatrice del Villaggio era pericolosamente malata, ed in conseguenza di questo fui pregato dall' amico di fare le di lei veci, e fui molto volentieri ricevuto dalla paziente. Le doglie erano sufficentemente attive, e dirette verso l'orifizio dell' utero. Sommamente desideroso di servirmi d' un' opportunità così favorevole d' esaminare i secreti della natura, e di sorprenderla nel bel mezzo della sua operazione, feci preparare un letto per la giovine donna in una camera ben illuminata, ove restai solo colla paziente. Io era sicurissimo che non sarei stato interrotto nelle mie osservazioni, perchè la madre della partoriente trovavasi a Montpellier; il marito aveva lasciato la casa di buon mattino per andare al mare; il padrone della casa non aveva desiderio di essere testimone della nascita del fanciullo, ed in una sola parola io era il solo testimone, ed assistente a questa operazione della natura. La posizione, e situazione della paziente era tale da permettermi facilmente di essere spettatore di qualunque cosa fosse accaduta, mentre essa era insiememente ignorante della violazione fatta furtivamente alla di lei modestia, ed io non potevo essere sorpreso nelle mie osservazioni; Posi una cortina tra essa, e me sotto pretesto di difenderla dai raggi del sole, e dall' incomodo delle mosche. Devo fare osservare, che non avrei messo la paziente nel letto se le doglie del parto non fossero state veramente impellenti, l'orifizio dell'utero dilatato a ciascuna doglia forte, ed avvicinato al centro della pelvi, il polso divenuto celere, l' aspetto abbattuto, la smania costantemente maggiore, se tutto, in una parola, non avesse annunziato il vicino termine del parto. Se in fatti tutti questi sintomi di pronto termine del parto non fossero stati presenti sarebbe stato preferibile per la donna il passeggiare, perchè il moderato esercizio tende a favorire le naturali contrazioni dell' utero. In questo stato di cose io presi la mia situazione, notando tutto attentamente, e determinato di tutto lasciare alla natura, come se la mia paziente fosse stata sola nel mezzo d' una foresta. In tal guisa con un compasso, se così può dirsi nei miei

recchi, l'orologio in una mano, ed un lapis nell'altra, io fui testimone del sorprendente spettacolo del parto naturale. Dalle dieci ore precisamente della mattina fino alle undici la giovane donna ebbe sette doglie, le quali progressivamente si accrebbero in forza; e si succederono l'una all'altra, come segue.

Doglie					*Intervallo*		*Durata*	
Tra la	1	e la	2	doglia	15	minuti	21	secondo
	2	-	3	- -	14	- - -	27	
	3	-	4	- -	10	- - -	27	
	4	-	5	- -	8	- - -	29	
	5	-	6	- -	7	- - -	32	
	6	-	7	- -	6	- - -	35	

Dalle ore undici alle dodici la paziente ebbe dodici doglie crescenti progressivamente di forza, e succedendo ciascuna all'altra come segue.

Doglie					*Intervallo*		*Durata*	
Tra la	7	e l'	8	doglia	6	minuti	36	secondi
	8	-	9	-	6	-	40	
	9	-	10	-	6	-	42	
	10	-	11	-	5	-	46	
	11	-	12	-	6	-	45	
	12	-	13	-	5	-	47	
	13	-	14	-	5	-	49	
	14	-	15	-	5	-	55	
	15	-	16	-	4	-	62	
	16	-	17	-	4	-	70	
	17	-	18	-	4	-	87	
	18	-	19	-	4	-	93,	

I resultati di questa osservazione sono 1.° Che l'intervallo tra una doglia, e l'altra, è in ragione inversa della loro durata. 2. Che la durata di ciascuna doglia è in ragione diretta della sua intensità; di modo che può dirsi, che la durata progressiva della doglia cresce in proporzione della diminuzione dell'intervalli tra l'una, e l'altra, e che in proporzione, che si estende la durata si aumenta la forza di ciascuna doglia. Dopo suonate le ore dodici si ruppero le membrane, ed il liquore dell'amnios si scaricò con tal violenza, che mi bagnò dalla testa fino ai piedi, e ad esso per la prima volta il disco vermiglio di quel globo, il quale era il mallevadore di un nuovo essere che viene alla vita. Alla ventesima doglia, che fece tere alla paziente dell'acute grida di dolore, la testa del feto passò per l'apertura inferiore della pelvi. Questo po-

tei facilmente credere e conoscere dal tremito delle parti esterne della generazione, dalle violenti contrazioni dei musculi genitali, e dalla tensione, e protrusione del perineo. Alla ventesima prima doglia la testa del feto traversò le parti molli esterne, avendo il mento rivolto verso il coccige della madre. Il feto restò in questa situazione circa cinque minuti, quando sopraggiunse la ventesima seconda doglia, e diede al corpo del feto una nuova direzione, volgendo la spalla destra verso il sacro della madre, e quella sinistra verso la sinfisi del pube. Così fu permesso al medesimo di passare lungo il gran diametro della pelvi. La testa del feto descriveva un cerchio di novanta gradi avendo il naso contemporaneamente rivolto verso la parte interna, e media della coscia sinistra della madre. Questo movimento di rotazione fu un raggio di luce, che mi diede ad intendere il meccanismo del parto naturale molto meglio di tutte le lezioni che avevo ricevuto dai miei Maestri. (a) La ventesima terza, ed ultima doglia mandò fuori il corpo del feto, il quale fu ricevuto sopra di un panno preparato a quest'oggetto. La placenta fu espulsa cinque minuti dopo la nascita del fanciullo, essendo diretta dalla doglia verso quella coscia, che riguardava in principio la faccia del feto. La donna stanca dalle doglie, e dal caldo della stagione cadde in un dolce sonno che durò un'ora, e mezza. ≐

Così termina la storia del parto naturale data dal Sig. *Sacomb*, che può essere considerata come un saggio di uno dei più favorevoli casi del primo parto. Sarebbe inutile di accumulare molti casi di tal fatta; pure essendo questo libro principalmente diretto ad istruzione di coloro, i quali incominciano la loro pratica nell'ostetricia, ho creduto che non sarebbe fuor di proposito l'aggiungere un altro caso nel quale si espongono i progressi più lenti del parto naturale.

Caso II. Mrs. Madden in età di circa 30 anni, gra-

(a) *Bisogna credere che il Sig. Sacombe sia stato veramente disgraziato nei suoi maestri, perchè questo movimento di rotazione era stato descritto da* White *fino dal* 1773, *e se ne è parlato dipoi in tutte le scuole di ostetricia, ed il Trattato stesso di* White *fu tradotto in Francese nel* 1774.

vida del suo primo figlio, ben conformata in ogni rapporto, piuttosto robusta, avendo avuto alcuni segni precursori del parto per uno, o due giorni, fu svegliata circa le quattro ore del mattino da acute doglie, per lo che mandò in tutta fretta a chiamare l'ostetrico. Quando esso giunse alla casa della partoriente trovò la medesima gridando per i dolori, e per l'urgente bisogno d'essere sollevata; ma siccome le doglie erano costanti, quasi senza intermissione, egli crede che quello, che sentiva la paziente non fossero veramente le doglie del parto, e che questo non era verisimilmente per terminare con sollecitudine. Avendo l'ostetrico ottenuta la permissione di fare un esame per parte della vagina, introdusse lentamente i suoi diti, ma trovò tale resistenza, e durezza del perineo, che non potè eseguire l'operazione senza occasionare alla paziente un grave dolore. Egli però portò il suo dito cautamente fino all'orifizio dell'utero, il quale era convenientemente situato nella pelvi, ma denso, quantunque piuttosto molle, ed aperto soltanto per l'estensione di circa otto linee. Assicurata la paziente del buono stato del parto, ed avvisata ancora, che questo sarebbe stato lento, fu lasciata dall'Ostetrico per circa cinque ore. Alla seconda visita le doglie erano meno costanti, ma irregolari, ritornando qualche volta ogni quindici o venti minuti, e qualche volta trattenendosi per circa un'ora fu visitata una terza volta dopo sei ore, e si trovò che adesso le doglie ricomparivano con una qualche irregolarità ogni quindici minuti; non davano però luogo alla sensazione acuta delle doglie macinanti, o separatamente laceranti, come altre volte, fintantochè giunsero a fissarsi finalmente nell'ombellico, e quindi si sentirono più forti verso i reni, La paziente non aveva avuto vomito; era però molto assetata, non aveva appetito, aveva frequente bisogno di orinare, ed una sensazione come se avesse desiderato di mettersi alla seggetta, sebbene lo avesse tentato diverse volte in vano. Restò per circa un'ora sul letto, durante il qual tempo prese sonno una o due volte per dieci minuti di seguito. Essendo stato nuovamente esaminato l'orifizio dell'utero fù trovato aperto per circa dieci linee di estensione, cogli orli più assottigliati, ma ancora rigido. Le membrane sporgevano considerabilmente in fuori, e nel ritirar delle dita si mostrarono coperte di una materia sanguinolenta, e questo fu il primo indizio del *segno*. Non si trovarono feccie raccolte nel retto; e per-

ciò non fù fatto il clistere, ma la paziente fu posta a sedere sopra un vaso d'acqua calda.

L'Ostetrico pensando che il parto non avrebbe avuto bisogno della di lui assistenza fino nella sera inoltrata, promise di tornare a visitarla alle ore dieci; ma dopo che essa ebbe preso alcun poco di Tè le doglie tornarono con tal forza, che egli fu obbligato a tornare a visitarla alle ore otto. Le doglie ricomparivano con gran forza ogni dieci minuti; cominciavano dal dorso, scendevano intorno al pube, e si abbassavano fino alle coscie. Vi era un *segno* maggiore che per l'innanzi, la vagina molto ammollita, l'orifizio dell'utero più dilatato, più molle, e più sottile; La testa del feto era discesa nella pelvi, ma il maggior volume era tutt'ora sull'apertura, o stretto superiore della medesima. Il perineo aveva un pollice intero di densità, e si trovava duro, per lo che era ben chiaro che da questa sola circostanza si poteva argomentare una considerabile dilazione per i progressi del parto. La paziente desiderava di restare ancora sul letto, ma fu obbligata ad alzarsi, e soffrire alcune doglie stando in piedi. I buoni effetti di una tal posizione furono ben manifesti quando, postasi essa nuovamente a giacere, dopo una mezz'ora, si trovò che la testa del feto era grandemente discesa nello scorso periodo di tempo. Finalmente l'orifizio dell'utero fu completamente dilatato, e la testa passò per l'apertura superiore della pelvi; le membrane avevano incominciato a sporgere in fuori dell'orifizio esterno, quando sopraggiunse una fortissima doglia, per la quale si ruppero, e vennero fuori le acque dell'amnios vicino alle ore undici. Giunte le cose a tal punto si aspettava dagli assistenti di vedere ben presto terminato il parto, lo che però era impedito dalla troppo resistenza del perineo. Dopo evacuate le acque non sopraggiunse alcuna doglia per il corso di mezz'ora, come se le forze dell'utero fossero restate per quel tempo esauste, e non potesse prolungarsi la di lui azione. Durante questo intervallo, la paziente restò per lungo tempo assopita. Al ricominciare dell'azione uterina le doglie avevano più l'apparenza d'un crampo, che di vere doglie del parto; ma poco dopo cominciarono a divenire più forti, e contemporaneamente a comparire ogni quattro, o cinque minuti. La Donna spingeva in basso con la più gran forza; la testa forzava grandemente contro il perineo; vi era nuova scarica di mucco sanguinolento; il perineo rammolli-

to, e dilatabile; l'ano aperto a ciascuna doglia; la testa del feto allongata, e divenuta conica, della quale finalmente cominciò a sporgere una porzione al di fuori delle labbra, ma si ritirava dopo ciascuna doglia. Gli sforzi della Partoriente la fecero cadere in un profuso sudore; turgidi erano i labbri, e la faccia, il polso molto duro, e frequente. Fu necessario di fare una costante compressione al perineo per impedirne la lacerazione, ed in fine, vicino alle due ore del mattino, cioè ventidue ore dopo l'incominciamento del parto, fu spinto fuori un Fanciullo molto ben nutrito. La placenta fu espulsa in meno di 20 minuti dopo la nascita del feto.

Fu questo un caso che poteva facilmente esser convertito in un parto difficile, e pericoloso da un assistente mal cauto, o impaziente. La puerpera stessa era per vero dire abbastanza docile, ma quelli che la circondavano ignoranti ed importuni, intimoriti che essa non avesse forze abbastanza da sopportare il parto, desiderosi di sostenerla per mezzo del vino, e dei cordiali, e pressanti l'ostetrico, onde mettesse in opera i suoi mezzi per affrettare la nascita. Si richiedeva perciò della fermezza per calmare i loro timori, e per superare la loro ostinazione, e pregiudizj.

Appendice III.

Effetti della segala cornuta. (vedi pag. 21)

La Segala cornuta, *Secale cornutum*, è stata grandemente raccomandata da alcuni sommi Ostetrici dell'America come rimedio di deciso effetto per eccitare, ed avvalorare l'azione dell'utero durante il parto. Il Dottor *Bigelow* dice = è al presente dimostrato dall'esperienza di un corso di anni, che la Segala cornuta produce nelle donne partorienti un effetto non equivoco nell'accrescere la forza delle doglie dell'utero, e nell'affrettare l'espulsione del feto. Questo effetto ha qualchè volta mancato, ma tal mancanza non è più frequente di quello che sieno le altre sostanze che formano il soggetto della materia medica. Quando però è stata data prematuramente, o in circostanze poco convenienti si è trovata dannosa per la madre (a), e più frequentemente ancora al feto. Quan-

---

(a) *E' stato detto aver prodotto la rottura dell'ute-*

do parimente è amministrata nei primi stadj del parto, o esistendo considerabili ostacoli all'espulsione del feto. Le principali circostanze adunque che ne contraindicano l'uso sono = l' incominciamento del parto, la rigidità delle parti molli, o la presentazione di qualunque parte che richiede la mano dell' ostetrico per essere cangiata =.

Questo racconto, egualmente che alcuni altri sulle virtù della segala cornuta, mi resero ansioso di procurarmi un' esperienza in proprio, ma quantunque io abbia ricercato una tal sostanza da molti negozianti di grano, e semplicisti, non ho avuto mai la fortuna di poterla trovare, fintanto che il mio amico M. Henry Davies, Chirurgo e Lettore d' ostetricia, ebbe la gentilezza di mandarmene alcun poca, che egli aveva ricevuto da un amico in America: Questo Gentiluomo, il Dott. Bibby della Nuova York, mandò nello stesso tempo una lettera della quale io mi sono preso la libertà farne l' estratto.

= La segala cornuta è stata usata in differenti parti dell'America, e della Francia in casi di travagli del parto prolungato a cagione della mancanza dell'azione dell'utero. E' stata data in infusione, e la dose ordinaria è di una dramma infusa in tre, o quattro once d' acqua bollente, per dieci, o quindici minuti. Se poi le doglie non si facessero sentire a capo d' una mezz'ora si può ripetere la dose.

= Il tempo nel quale si dee somministrare, è quando la testa del feto ha passato lo stretto superiore della pelvi, o che si mostrasse alcun poco fuori della parte esterna nel tempo della doglia. La infusione in questo tempo vien somministrata con il più felice resultato: ma in qualunque altro tempo precedente, venendosi ad accrescere l' azione dell'utero, la vita del feto almeno resterebbe sacrificata con certezza. E' stata notata una circostanza molto straordinaria, cioè che quando il feto è morto da qualche tempo, e la putrefazione ha fatto qualche progresso il rimedio è onninamente inerte. In qualunque caso sia stata usata non è accaduta emorragia, ed è riuscita di grandissima utilità nell' emorragie sopraggiunte al parto naturale. =

I seguenti casi, alcuni dei quali presi dalla mia pro-

---

ro, allorchè fu somministrata a Donne che hanno la pelvi grandemente storta.

pria pratica, ed altri comunicatimi, possono servire di appoggio a formare un giudizio esatto relativamente all' efficacia di questo rimedio. I numerosi casi nei quali il feto è nato morto dopo l'esibizione del medesimo non possono mancare però d'indebolire la nostra favorevole opinione sopra le di lui virtù.

CASO I. M. W. partorì il suo primo figlio a Liverpool; il parto fu lungo, e tedioso in conseguenza, come fu detto, della troppo pronta scarica delle acque dell' amnios, ma il feto nacque vivo (un figlio bene sviluppato) e la madre si ristabilì perfettamente. Nel Dicembre 1815 io assistei la stessa Signora nel secondo parto di una bambina, che fece in Londra. Questo parto fu veramente pronto, e le membrane dell' amnios non si ruppero che poco avanti la nascita del feto. Essendo gravida per la terza volta, credè che il termine della gestazione accaderebbe nel Febbrajo 1819, ma le doglie non incominciarono che nella sera del ventidue Marzo, e circa un'ora del mattino del 23 si ruppero le membrane. Le doglie ricorrevano debolmente ad intervalli, ed io la viddi circa il mezzogiorno. Nell'esame dell' orifizio dell'utero, duro e resistente, si trovò alto, ed appena aperto da permettere l' ingresso all' estremità del dito, per assicurarsi della presentazione della testa. Le doglie continuarono ad essere leggiere, ed irregolari per tutto il giorno, ma nella sera divennero più frequenti, e forti, con ben piccoli segni di progresso nel parto, ad eccezione del rammollimento, ed assottigliamento dell' orifizio dell' utero. Fu data una dose di Laudano per procurarle del riposo, ma mancò di effetto, e la paziente passò una notte veramente inquieta, essendo, per servirmi delle di lei espressioni, in continua doglia. Quando io la viddi, nella seguente mattina, l'orifizio dell' utero era aperto per una estensione alquanto maggiore di una moneta di dieci pavoli, e compariva sommamente dilatabile, ma la testa del feto era in alto. Le doglie erano adesso molto diminuite nella frequenza, ed appena se ne percepivano gli effetti, esplorando la parte con le dita; la paziente accusava molta debolezza, ed era affatto scoraggita. Si misero in opera diversi mezzi per sostenerla ed acquietarla, ma senza effetto; le doglie divennero minori, e meno attive, ed in proporzione della lentezza delle doglie si aumentava la di lei agitazione di spirito.

Non vedendo speranza di pronto parto, e convinto

che non esisteva alcun altro ostacolo al passaggio del feto, fuorchè l' inefficacia delle doglie, stabilii di dare la *Segala cornuta*. Ridotta allora in pezzetti una dramma di questa sostanza la posi per cinque minuti precisamente in una tazza da Tè, piena di acqua bollente, per lo che ne venne un liquido colorato in rosso con odore, e con gusto quasi empireumatico. Questo fu dato ad un' ora, ed un quarto pomeridiana, quando le sue doglie per più di un' ora comparivano una volta soltanto ogni quindici, o venti minuti. In meno di cinque minuti, dopo presa la bevanda, sopraggiunse una doglia; tre minuti dopo una seconda, ed immediatamente dopo la contrazione uterina. Da questo momento in poi non scorsero più di cinque minuti senza che comparissero dei forti dolori, con i quali il feto fu espulso poco dopo due ore. La placenta venne fuori con pochissima difficoltà, dopo quindici minuti circa, e l' utero si trovò poi ridotto a un ben piccolo volume.

Mrs. W . . nel seguente giorno si considerava libera dalle pene dopo il parto, come per straordinaria sorte, e il flusso lochiale era minore; ma nel terzo giorno le doglie puerperali divennero eccedenti, e lo scarico delle materie maggiore. Considerato però il tutto insieme, essa si ristabilì in una maniera molto felice. Prima di dare l'infusione sopra indicata, il polso dava ottantaquattro battute, era pieno e regolare; esaminato poi un quarto d'ora avanti la nascita del feto, lo trovai egualmente pieno, ma non superava le sessantotto battute. Il feto era un grosso ragazzo che fu creduto nato morto, ma occorsero ben poche cose per risvegliare in esso la vita.

Caso II. Nel 27. di Marzo 1819 mi si presentò un'altra opportunità di dare la *Segala cornuta* nel caso della moglie d' un Soldato, la quale aveva fatto un lungo cammino il dì 23, in uno stato molto compassionevole di povertà e di miseria. Essa era assistita da una mammana, e da un medico d' armata, il quale voleva liberarla mediante il forcipe. Dal medesimo assistente mi fu detto che la povera donna, gravida per la seconda volta, aveva le doglie da quattro giorni, e che nel mattino del dì 26 le membrane si erano spontaneamente rotte; che circa le ore tre del mattino del 27 era stata presa da febbre, da inquietezza ed impazienza, per lo che egli le aveva levato circa 30 once di sangue, dopo di che la paziente si mostrò meno infiammata ed inquieta, e le parti divennero più dilatabili. Nelle ultime quattro, o cinque ore le do-

glie erano divenute lentissime, ed inefficaci. Nell'esame trovai la testa insinuata nell'apertura superiore, ma fermamente ritenuta nell' orifizio dell'utero, il quale la circondava come una corda. Le parti erano fresche, e la vagina ed il perineo molto rilasciati; il polso era piccolissimo, e celere. Io aspettai per quindici minuti intieri una doglia: ma non essendo sopraggiunta, giudicai dall' apparenze generali della donna che vi era ben poca ragione d'attendere il ritorno delle contrazioni dell' utero, particolarmente perchè mancando ad essa le cose più assolutamente necessarie, non si poteva mettere in opera alcun mezzo che potesse sollevarla, eccitarla, o sostenerla. Era così priva di qualunque conforto, che non si potè avere l'acqua bollente, se non che mandandola a prendere da una donna del vicinato. Feci con questa l'infusione d'una dramma di segala cornuta. Mentre presentava il liquore alla paziente sopravvenne una doglia, cioè mezz'ora dopo l'ultima che aveva sofferto. Durante questa escì da se stessa dal letto, e si pose in ginocchione, bevendo così la medicina; e restò per circa 12 minuti nella stessa positura, durante il qual tempo ebbe quattro doglie, le quali produssero l'effetto di far discendere ancor più la testa entro la pelvi. Posta di poi nuovamente in letto, le doglie non tornarono con egual frequenza, ma divennero forti, ed efficienti. La forza delle doglie fu coadjuvata dalla compressione del perineo, ed in meno di un'ora, dopo data l'infusione, il feto venne alla luce. Il feto anche in questo caso nacque asfitico, ma credo che si sarebbe potuto richiamare alla vita, se vi fosse stato qualche mezzo, perchè si era potuto eccitare qualche oscuro movimento del cuore mediante l'insufflazione nei polmoni.

In questo caso egualmente che nell' altro il polso divenne alquanto più lento dopo aver preso il rimedio, ed acquistò più resistenza. Si può in questo caso affacciare il dubbio se la posizione su i ginocchi, che prese da se stessa la donna, concorresse a produrre un cangiamento nelle doglie, e nella posizione del feto, poichè tali buoni effetti sono accaduti altra volta per queste stesse cagioni.

Caso III. Nel dì 3. Luglio 1819 feci nuovo esperimento dell' efficacia della *segala cornuta* in Maria Bowtell, assistita nella propria abitazione da una Levatrice dello Ospizio di Middlesex. Essa aveva partorito altri figli, ed i di lei travagli del parto erano stati sempre lunghi, e penosi; ma tutti, eccettuati i due primi figli, erano nati

vivi. Sembra che la cognizione d'una tal cosa facesse dilazionare la chiamata di un assistente al di là di quello che sarebbe stato necessario, perchè io fui invitato sul principio del quarto giorno del travaglio del parto. La paziente era veramente esausta, aveva la pelle aridissima e calda; il polso sommamente rapido, ed era così evidente il pericolo, che io sarei ricorso immediatamente al perforatore, se non mi fosse venuto in pensiero di sperimentare gli effetti della segala cornuta, e ne preparai una forte infusione, che diedi alla paziente; ma dopo alquanto tempo vedendone nessun sensibile effetto, fui perciò costretto a liberare la donna per mezzo degli strumenti. Il feto era totalmente putrido.

I miei timori erano troppo ben fondati, come lo mostrò il resultato, ed è questa una delle molte prove, che potrei addurre per dimostrare la importanza di fare attenzione ai sintomi di tristo augurio, tutte le volte che insorgono. Se ciò fosse stato fatto in questo caso si sarebbe potuto opporre per tempo quei mezzi atti ad allontanarli; ma era evidente che l'infiammazione dell'utero e del peritoneo erasi sviluppata prima che io fossi chiamato, e sebbene cercassi di porre in opera ogni miglior mezzo per arrestare i progressi della malattia, i miei sforzi furono inutili, e la paziente morì dopo pochi giorni. La distenzione somma, e dolorosissima dell'addome che è comunissima nelle febbri puerperali fu specialmente notabile in questo caso, e si ottenne qualche temporario vantaggio dai clisteri fatti con olio di Trementina sciolta nel gruel. Io posso qui aggiungere che in due casi di febbre puerperale ho dato l'olio di trementina con un resultato veramente oscuro, seppure alcuno ve ne ha, della sua buona indicazione, ed in ambedue i casi l'incommoda impressione che fa il medesimo, fu così disgustosa che le pazienti dichiararono volersi piuttosto sommettere al loro destino che aver nuovamente ricorso a un tal rimedio (a).

(a) *Il Dott.* Breen *parla favorevolmente dell'olio di trementina combinato coll' olio di castoreo nella proporzione due dramme del primo con sei di quest' ultimo. Questa mistura, egli dice, è raramente rigettata per vomito anche da coloro. che hanno repugnanza al l' olio di castoreo. Questo apre rapidamente gl' intestini, ed io non conosco altra medicina che possegga*

Caso IV. Mrs. W. prossima al suo quarantesimo anno di età, gravida per la prima volta, entrò in parto il due Luglio 1819, essendosi rotte prestamente le membrane nel mattino. L' ostetrico la vidde quattro ore dopo, e la trovò con doglie molto frequenti, e regolari. L'orifizio dell' utero era molle, e dilatato, quando fu visitata di nuovo nel corso della mattina, circa un pollico di diametro, e la testa discesa così in basso della pelvi, da far conoscere che il di lei volume era intieramente passato nello stretto superiore. Alle ore quattro pomeridiane l' orifizio dell' utero era molto più aperto, e si potevano riconoscere colle dita le orecchia del feto; ma la densità, e rigidità del perineo non era punto diminuita, sebbene le doglie fossero ancora frequenti, e ricorressero a regolari intervalli. Lo stato generale di salute della paziente non era alterato; il polso in stato di calma, non eccedendo l' ottanta battute; la lingua bianca piuttosto molle; non esisteva sete, nè troppo calor della pelle, ed il solo sintoma incomodo era la costante disposizione al vomito, e la vomiturizione. I di lei intestini erano stati totalmente sbarazzati fin dal principio del parto. Le fu somministrato una mezza dramma di magnesia con alcune goccie di laudano ad oggetto di arrestare il vomito, ma con poco effetto. Alle ore dodici della sera le doglie continuavano con egual frequenza; l'orifizio dell'utero era così dilatato da non opporre al parto alcuno ostacolo, quale però veniva presentato dal perineo. Le fu dato un clistere; furono fatte le fomenta alle parti esterne a fine di togliere la rigidità delle medesime.

La mattina del 3 Luglio aveva passato la notte inquietata molto dalle frequenti doglie talvolta acutissime, e scoraggianti. La posizione del feto era poco cangiata, sebbene la testa fosse alquanto discesa; le nausee, ed il vomito sussistevano; il polso dava circa 100 battute, la lingua sempre bianca, molta sete, e qualunque bevanda veniva prontamente rigettata. Nel corso della mattina le doglie divennero meno frequenti, e meno efficaci. Ma alle tre pomeridiane si rinnovarono, ed il perineo

---

tanta efficacia nel diminuire la flatulenta distenzione, che generalmente si incontra in tali casi Il Dott. Breen *premette sempre la emissione di sangue* — Observations on Tedious Labours. Edinburgh journal, April 1819.

comparve un poco cedevole, e le doglie, dopo essere state per circa a quattro ore un poco più forti, tornarono ad esser leggiere, o di poca durata. Si dovè siringare la paziente perchè la vescica non era stata evacuata da parecchie ore. A sette ore e mezza le doglie ricomparivano ogni quindici, o venti minuti, ma così inefficaci, che appena erano riconosciute dal dito esploratore per la via della vagina.

Il travaglio del parto a quest'epoca contava più di 40 ore, e più di 24 da che si erano potuti sentire gli orecchj con le dita; e sebbene non vi fosse alcuna cosa, che indicasse pericolo immediato; pure essendo scorso un così lungo tempo senza materiale avanzamento, ed esistendo, anzi aumentandosi alcuni sintomi sfavorevoli (il vomito, il polso frequente, e la sete) si rese necessario esaminare se convenisse affidare per più lungo tempo il parto agli sforzi della natura, mentre le doglie sempre più diminuivano di forza. Fu risoluto di somministrare la segala cornuta, che fu data in infusione a sette ore, e tre quarti.

Non erano scorsi cinque minuti quando la paziente disse al suo Ostetrico — oh come mi ha riscaldato la medicina che mi avete dato; — e quasi immediatamente dopo gridò — che dolore terribile nelle reni; — (questa fu la prima volta che si sentì lamentarsi di dolori nel dorso)„ ed immediatamente sopraggiunse una doglia, la quale ebbe tale intensità da richiedere la ferma compressione delle dita contro il perineo. Dopo questo tempo non vi fu più intermissione maggiore di cinque minuti prima dell'espulsione del feto, la quale accadde alle dieci della sera. Il feto nacque asfitico, nè si pote richiamare in vita. Non si pote tampoco determinare se fosse perito prima dell' esibizione della segala cornuta, o dopo di essa a cagione dell' intensità delle doglie, ma si giudicò che non fosse morto da lungo tempo. Il ristabilimento della madre fu lento, e non senza pericolo.

Credo che non verrà negato avere in questo caso l' ostetrico confidato nelle forze della natura per un tempo troppo lungo, e che se l' artificiale assistenza fosse stata dilazionata più a lungo, la paziente sarebbe caduta probabilmente in uno stato d' abbattimento febbrile, eguale a quello della povera donna ultimamente rammentata, ed una ulteriore dilazione ancora poteva avere, come nel caso di quella, fatal conseguenza. Non si può qui determinare

se si sarebbe avuto in questo caso un maggior vantaggio per salvare la vita del feto, quando si fosse invece impiegato il forcipe; ma sembra probabile, dall' esposizione del fatto, che il forcipe avrebbe mandato ad effetto il parto in un tempo più corto di quello che fu impiegato dalle doglie, dopo che furono nuovamente eccitate dalla segala cornuta.

Caso V. *Communicato da H. Davies Lettore d' Ostetricia*:

La sera del 29. Maggio a ore otto fui mandato a chiamare da una levatrice per visitare Mrs. Howard in età d' anni 55. ed in travaglio del parto per la settima volta. Questa donna aveva cinque figli viventi, il minore dei quali in età di tre anni ed aveva abortito una volta di due gemelli, tra il primo ed il secondo parto.

Le membrane si erano rotte a quattro ore pomeridiane. Nella vagina sentivasi un piede del feto, e l' altro era prossimo all' orifizio dell' utero. Le doglie erano ben discrete, e poco efficaci. Nella sera stessa aveva rigettato le feccie, e l' orine. Fu dato alla donna un poco di nutrimento e con ben piccola assistenza il feto fu espulso a gradi a gradi avendo i diti dei piedi contro la sinfisi del pube. Al presentarsi delle natiche, si voltarono quasi spontaneamente contro il sacro. Il feto fu messo alla luce alle nove ore, ed un quarto, in stato d' asfissia, dalla quale non fu possibile toglierlo sebbene s' impiegassero tutti i mezzi atti a richiamarlo in vita. Collocando la mano sul ventre della donna si trovò molto largo, e che l' utero occupava la più alta regione del medesimo. Fatta l' esplorazione per la via della vagina si potè in qualche modo riconoscere la testa del secondo feto, e siccome la donna era sotto ogni rapporto in bene essere, fu lasciata all' assistenza della levatrice. A l' undici ore, e tre quarti della sera si trovò che la testa del feto era presso che stazionaria, le parti rilasciate, e la donna tranquilla. Per la molta orina raccolta nella vescica, si rese necessario siringarla. Le fu dato un poco di nutrimento; furono applicate delle frizioni, e delle coperte calde all' addome; e come che non vi era apparenza di ritorno delle doglie del parto, le furono date venti goccie di tintura d' oppio, ed alle dieci ore antimeridiane fu lasciata nuovamente in cura della mammana. La mattina del 30. alle ore dieci e mezza la testa del feto si trovava nello stesso stato; la donna si era alzata, aveva fatta diverse volte l' orina, e

aveva preso la sua colazione, ed un poco di sonno tranquillamente. Io le feci fare un clistere comune ed ordinai che, se le doglie non fossero sopraggiunte prima dell' ore dodici, le fosse data un'Infusione di una dramma di segala cornuta in una tazza di Tè piena d' acqua bollente da beversi un quarto d'ora dopo le dodici. Fatto un clistere, il quale non fu restituito, la donna si addormentò alle ore dodici. Non essendovi sintomi allora di doglie fu fatta, e data l'infusione, come era stato ordinato. Alcuni minuti dopo sopraggiunsero le doglie, fu restituito il clistere, e il feto fu spinto fuori naturalmente, mediante la successione dei dolori. Ad un'ora circa ed un quarto pomeridiana, trovai che la Levatrice metteva nel bacino la doppia placenta. Il polso della paziente dava ottanta battute, e l' utero era contratto al disotto dell' ombelico, la di lei pelle aveva moderato calore, e sotto tutti i rapporti sembrava in buono stato. Io mi trattenni per vedere il feto vestito, il quale ha tuttora i segni di una bambina in stato di ottima salute.

Caso VI. *Comunicato da un Ostetrico di molto merito.*

= La paziente alla quale io diedi la *segala cornuta* era in età di circa 30 anni, ed era sopra-parto del suo primo figlio. Visitandola circa le sei ore del mattino, trovai che aveva avuto dei dolori per tutta la notte, e che l' orifizio dell' utero era pressoche dilatato, ma per il rimanente del giorno le doglie furono così deboli e lente, che la testa non discese verso il perineo fino alle tre pomeridiane, ed allora restò stazionaria. Tra le cinque e le sei feci l' infusione di due scropoli di segala cornuta sottilmente polverizzata, della quale, un'ora dopo fu bevuta dalla paziente la metà, trangugiando insieme una parte della sostanza infusa. Non era scorsa ancora mezz'ora che le doglie cambiarono affatto di carattere, divenendo così rapide nella successione, che l' una incalzava l'altra, e la paziente provava un senso di continua forza espulsiva. Questo stato di cose continuò per circa un'ora, ma al cessare di esse io aveva dati a sufficienza per poter somministrare il resto dell' infusione, come feci di fatto; dal che ne vennero i medesimi effetti. Ma siccome la testa si avanzò ben poco al di là del punto, ove era avanti che somministrassi la prima dose, io aspettai fin quasi le 12 ore della notte, e considerando la debolezza ed inefficacia dei dolori, la delicatezza della paziente, e la niuna spe-

ranza dell'avanzamento della testa, ebbi ricorso al forcipe. Il feto era morto, non esisteva pulsazione nel cordone ombellicale, o nel petto, ed il primo era così vuoto e flaccido, che io giudicai non avervi circolato il sangue per molte ore.

Qualcuno potrebbe dire che il feto fu ucciso dal forcipe; ma se avesse veduto con quanta facilità fu estratto cangierebbe pensiero; poichè non essendo stati impiegati più di cinque minuti nell'estrazione, non vi era tempo abbastanza perchè la compressione dell' istrumento estinguesse completamente la vita. Io non posso provare che la segala cornuta fosse la causa della morte; ma vi era così poca cosa di più nel travaglio del parto per spiegarne la cagione, che io credo ciò molto verisimile, e non tornerò certamente a servirmi ancora di questa sostanza, a meno che le altrui osservazioni possano convincermi della di lei efficacia e sicurezza. »

In aggiunta a questi casi rammenterò che il Dott. *Ley* diede ultimamente l' infusione di segala cornuta ad una paziente, ma che fu immediatamente rigettata per vomito, senza produrre altro effetto (*).

(*) *Le Osservazioni delle quali, cinque anni addietro, era bramoso l' autore del precedente caso, hanno arricchito in seguito l'arte di fatti abbastanza convincenti per provare che l'uso prudente ed opportuno della Segala cornuta è utilissimo. Il Dott.* Bigeschi, *Ostetrico nell' Ospizio di Maternità di Firenze, poco dopo comparsa la memoria del Sig,* Bordot, *e le osservazioni di* Villeneuve *e* Serrurier, *ha pubblicato sedici casi, dai quali resulta non solo la utilità della amministrazione di questo rimedio: ma ancora la rarità dei casi nei quali si sia trovato inefficace o dannoso, tutte le volte che sia stato amministrato con le dovute cautele (Firenze 1822). Il vomito che talvolta è occorso, come fa rilevare il Sig.* Merriman, *è stato osservato ancora da* Bordot: *ma in quelle donne soltanto che hanno lo stomaco molto irritabile, e che sono state soggette al vomito durante la gravidanza.*

Il modo di amministrare la Segala cornuta è non solamente quello d'infusione, ma ancora in estratto acquoso, alcoolico; sotto la forma di siroppo, di tintura, e finalmente in polvere, quale ultimo sembra pre-

Appendice IV.

MOSTRUOSA FORMAZIONE DEL FETO (ved. pag. 26).

La mostruosità la più frequente è l' aumento di volume della testa a cagione dell' Idrocefalo; si crede però che questo non accada più spesso che una volta in nove-

---

feribile ai due precedenti, onde poter meglio calcolare la dose che si fa prendere. La polvere involta in una cialda è ancora più comoda per chi dee trangugiarla e, secondo alcuni pratici, di una più pronta e sicura attività. Dice Bigeschi *che esso ha portato le prime dosi della Segala cornuta a trenta grani e più, perchè ebbe luogo di assicurarsi che le piccole dosi defatigavano l'utero inutilmente; pure io mi sono trovato presente all'amministrazione di soli otto grani di segala fatta dal Sig.* Angeloni *ad una Signora, di pelvi ottimamente conformata, sopra parto da tre giorni, e che a capo di tre quarti d'ora messe alla luce il figlio, il quale gode perfetta salute al pari della madre. Potendosi adunque ripetere la dose ogni dieci o quindici minuti, ed accrescerla successivamente, non sarà il partito più sicuro quello di cominciare da forti dosi; nè prudenziale sarà il ripeterla così per fretta quando, datane circa mezza dramma in principio, non se ne veda alcun effetto, poichè vi è qualche esempio della inefficacia del detto rimedio, indipendentemente dagli ostacoli che può presentare la durezza del collo dell'utero, il parto poco avanzato, e qualunque altra di quelle circostanze che ne contraindicano l' uso, e ne tolgono l'efficacia; nei quali casi sarebbe pericoloso l' insistere.*

E nell' ordine della Provvidenza che questo rimedio non abbia alcun effetto se non quando il parto è avanzato, e che sia un arme inutile per la malizia di chi potrebbe abusarne.

La Segala, o Segale cornuta è conosciuta in commercio ancora col nome di grano sprone, grano ghiotto, chiodo etc.*, e consiste in una malattia (seme imbozzachito) per la quale diviene il seme talvolta lungo più di un pollice, e di un colore violaceo fosco. A questa Segala, allorchè panizzata, sono state attribuite da alcuni varie affezioni nervose e la gangrena.*

tento parti. In tali casi la testa è talvolta abbastanza compressibile da potere essere espulsa mediante le doglie, senza esser diminuita. Io ho veduto un feto idrocefalico che passò intiero non ostante, che la sua testa avesse la circonferenza di diciassette pollici; un altro passò vivente, e visse presso che un'ora, la circonferenza della di cui testa era di 22 pollici; ambedue però questi parti furono lunghi e penosissimi.

Nella massima parte però dei casi non sarà prudente cosa affidare il tutto alla natura. In un caso in cui la circonferenza della testa era sedici pollici e mezzo, dopo molte ore di penoso travaglio, l'assistente fu costretto a chiamare un Chirurgo a consulto, che aprì subito la testa, dalla quale si versarono trentadue once di acqua. Il feto nacque immediatamente; ma l'assistente ebbe luogo di pentirsi dell'indugio, perchè la paziente andò in seguito a soccombere per una Peritonitide, incominciata durante il travaglio del parto.

Nel Giornale Medico di Edimburgo n.° 31. si parla di un caso nel quale la circonferenza della testa del feto era di pollici ventuno e mezzo. La levatrice non dimandò il soccorso di un operatore prima che fossero scorsi quattro giorni dall'incominciamento del parto. Fu messo in uso il perforatore, ed estratto il feto: ma non in tempo per poter salvare la vita della madre. *Portal* riferisce un caso d'Idrocefalo del quale dà la figura (*volum.* a *pag.* 525) la circonferenza della di cui testa era 24 pollici. Il parto fu sommamente difficile; la donna morì due ore dopo il medesimo (a). *Sarah Stone* rammenta due casi d'Idrocefalo, nel primo dei quali non essendo stato evacuato il fluido prima del quarto giorno, la donna morì; e nel secondo per essere stata aperta la testa in tempo, la madre potè ristabilirsi. *Bell* parla di un caso, nel quale l'utero si squarciò in conseguenza della testa del feto molto dilatata dall'idrocefalo (*Medico-chirurgical transactions* vol. 4).

Da ciò chiaramente apparisce che sebbene i feti idrocefalici possono talvolta essere espulsi con i soli sforzi della natura, pure non si dee porre troppa confidenza nell'

(a) *Ruyschio nell'oss. 82 descrive un caso singolare di un tumore acquoso nella parte posteriore della testa con figura ec.*

indugio, e che se noi troviamo, dopo un tempo ragionevole, che l'ostacolo è troppo grande, da esser superato dalle doglie, si dee ricorrere ad altri mezzi per sollevare le nostre pazienti, lo che può essere giustificato: 1.° dall'incapacità della madre ad espellere il feto senza tali soccorsi: 2.° dalla certezza che il feto con una tal quantità di fluido raccolta nel cranio è incapace di vivere.

È però di somma importanza che l'operatore sia soddisfatto dell'accuratezza del suo giudizio prima di procedere all'operazione, ed il seguente caso, comunicatomi dal Dott. *Maurice* di Marlborough servirà a render cauti quei pratici, che sono troppo frettolosi nelle loro risoluzioni, e che trascurano i mezzi convenienti per assicurarsi della natura del caso, avventurando senza esitanza un'operazione.

Una povera donna delle vicinanze di quella Città essendo sopra-parto del suo primo figlio mandò per la sua Levatrice, la quale dopo due giorni di assistenza, pensando che vi fosse qualche cosa di male nel capo del feto, a cagione della protuberanza di un tumore, mandò a chiamare un Chirurgo.

Se fosse stata impiegata la conveniente accuratezza nell'esame della cosa si sarebbe conosciuto che la supposta protuberanza era formata dalla vescica dell'orina enormemente distesa, e che riempiva la parte anteriore della vagina (*Vedi la nota alla pag. 54*). Disgraziatamente non fu detto al Chirurgo che la paziente non aveva orinato da molte ore, nè venne in mente al medesimo di farne ricerca; ma, giudicando con precipitanza che fosse la testa del feto cresciuta di volume da un idrocefalo, fece la puntura del tumore. La paziente si dolse immediatamente di essere stata ferita, e impegnò il Chirurgo a desistere, ma troppo tardi perchè la vescica era stata già aperta. Per la continuazione delle doglie del parto fu infine espulso il feto non mutilato ma morto. La povera donna restò per più di un mese in stato di sommo pericolo e patimento, ed alla fine si distaccò una gran porzione della vescica, che io conservo presso di me, e la paziente non si ristabilì che con molta lentezza. Frattanto può riguardarsi come infelice a motivo dell'incontinenza dell'orina.

Questo disgraziato accidente si sarebbe potuto evitare con la introduzione della siringa, che avrebbe fatto ad un tratto scomparire il supposto tumore della testa idrocefalica.

Appendice V.

QUANTITA' DEL LIQUOR DELL'AMNIOS CONTENUTO ENTRO DELL'UTERO (ved. pag. 26.).

È sommamente varia la quantità del liquor dell'amnios, che dai diversi scrittori viene assegnata al total termine della gestazione. *Hunter*, *Burns*, *Lowder* credono che sia da sedici oncie a trentadue. Se questa opinione è giusta, come mi sembra, non si può dire che la quantità sia generalmente eccessiva, se non superi le trentadue oncie, e si potrebbe dire che non fosse necessaria la rottura delle membrane a cagione della troppo distensione dell'utero, quando il liquor dell'amnios non eccedesse grandemente questa quantità. Ma alcuni scrittori del Continente considerano la quantità ordinaria delle acque come molto minore. *Van der Bosch* dice = qualche volta durante il parto sono evacuate una o due oncie, e talora quattro, cinque o sei, e tutto al più otto (*Scheel. De liquore amnii. Hafniae* 1799). *Scheel* però osserva, dietro la sua pratica, che la quantità del liquor dell'amnios è comunemente maggiore, cioè di dieci o dodici oncie; ma dice = Se ecceda grandemente questa quantità, ciò avviene a cagione della somma distensione dell'utero occasionata dall'inefficacia delle doglie. *Hunter* in una dissezione, fatta al termine della gestazione, ne trovò un poco meno di una mezza pinta (otto oncie). *Wrisberg* misurò in due casi il fluido che era contenuto nell'uovo al nono mese, e trovò che era in un caso quattordici oncie, e nell'altro diciotto. Mr. *Ogle* mi favorì l'utero di una povera donna, morta all'improvviso poco innanzi al termine della gravidanza, ed io trovai che conteneva cinque pinte inglesi (16 oncie ciascuna) di acqua. Nelle lezioni manoscritte del Dott. *Harvie* si trova che nel parto sono state versate dieci pinte di acqua dell'amnios.

Appendice VI.

DENSITA' O GROSSEZZA STRAORDINARIA DELLE MEMBRANE (ved. pag. 26).

Nel Marzo 1812 visitai una povera donna sopra-parto da 30 ore. Esaminando, durante la doglia, l'orifizio dell'utero in piena dilatazione, credei di aver trovato la te-

sta del feto nuda, che sembrava in stato di putrefazione, e distesa da qualchè fluido. L'ineguaglianza della superficie rassomigliava alla callotta, quando la cuticola ed i capelli ne sono allontanati dalla pressione del dito. Un più accurato esame però mi persuase che si trattava invece di una preternaturale grossezza delle membrane, la quale dava motivo al prolungamento del parto. Forate infatti con la tenta le dette membrane ne uscì il liquor dell'amnios, ed immediatamente scesero i piedi del feto entro della vagina; e fuori dell'orifizio esterno, ed in pochi minuti venne alla luce il feto, in ottimo stato di salute. Esaminate le membrane, dopo che la placenta fu espulsa, le trovai della grossezza almeno di una sesta parte di pollice, e la struttura flocculenta della membrana decidua si vedeva egualmente bene, come nei primi periodi dopo la concezione. Nel secondo volume dell'opera di *Perfect* p. 335 si legge qualche altro caso di tal natura.

Appendice VII.

TROPPO PRONTA O INOPPORTUNA ROTTURA DELLE MEMBRANE (Ved. pag. 27.)

Caso I. Mrs. L'Angelle, giovine donna ben fatta, ed in ottimo stato di salute, aveva avuto il suo primo parto molto pronto e felice, e tale sembrava dover essere il secondo, perchè dopo alcune doglie, quando mandò per il suo ostetrico, l'orifizio dell'utero era aperto per l'estenzione circa di sette linee; e le doglie ricomparivano ogni otto o dieci minuti, e vi era ogni altro sintoma di parto felice e sollecito. Disgraziatamente però venne in testa al Chirurgo di rompere le membrane per rendere più sollecito il parto. Le doglie divennero allora inefficaci, ed ogni favorevol sintoma scomparve; e sebbene a capo di 34. ore venisse finalmente alla luce il feto, e la paziente si ristabilisse di poi in salute, pure i di lei patimenti furono grandemente accresciuti, e non senza qualche grave pericolo. La medesima Signora, a capo di un anno fu gravida per la terza volta, ed affidatasi ad un più saggio Chirurgo, il quale lasciò il tutto alla natura, il parto fu compito in meno di otto ore, contando dal primo comparire delle doglie.

Caso II. Un giovine ostetrico fu chiamato ad assistere al primo parto di una donna di anni 41. il di cui trava-

glio era cominciato di buon mattino il 12. Agosto, e le doglie erano continuate, sempre lente, per tutto quel giorno. Nel 13. erano divenute più efficaci, e si sperava un esito favorevole. Disgraziatamente era presente una di quelle amiche, che si credono addottorate nell' arte dei parti, la quale tanto disse, e citò tante autorità per determinare il giovine assistente a rompere le membrane, che, affascinato dalle ciarle di quella donna, in un momento dei più cattivi per la paziente, ruppe le membrane e diede esito alle acque. Le doglie cessarono tutto ad un tratto, e dopo un tempo considerevole di sospensione ritornarono in un modo irregolare ed inefficace. Non si sa qual sorta di assistenza le fosse apprestata nel giorno 14. ma è presumibile che non si facesse alcuna cosa di bene. Nel dì 15. la paziente era totalmente malata. Fu allora chiamato un altro ostetrico, che non considerò il caso così urgente, come era sembrato al primo, e credè che, accordando tempo, si sarebbe terminato il parto, senza soccorso dell' arte. Nel giorno 16. la paziente era così peggiorata, che il Chirurgo testè chiamato si risolvette di terminare il parto per mezzo del perforatore, 24. ore dopo la prima visita, ma l' operazione fu troppo tarda per salvare la vita della paziente, alla quale sopraggiunse una forte febbre, che in pochi giorni la ridusse cadavere.

Questo caso mi fu comunicato dall' assistente più giovine, come una prova dello sbaglio nella troppa dilazione ad impiegare lo strumento. Ma mentre vi è da censurare l' inattività dell' uno, non si può dimenticare l' inganno in cui cadde l' altro, essendovi tutta la probabilità di credere che le cattive conseguenze che ne vennero non sarebbero forse accadute, se non si fosse interrotto il naturale corso del parto.

Appendice VIII.

Prematura evacuazione del liquore dell' amnios (ved. pag. 28.)

Una Signora di rango, di circa 30. anni pregnante per la prima volta nel più florido stato di salute, avendo poco sofferto durante la gravidanza, aspettava il parto negli ultimi giorni del mese di Decembre. Il dì 23. di detto mese essendo in carrozza circa le ore quattro pomeridiane si trovò bagnata e sconfortata per lo scarico delle acque dell'

amnios. Tornata in casa le sopraggiunsero quasi immediatamente delle lente doglie, che ricorrevano ogni cinque o sei minuti. L'ostetrico trovò che l'orifizio dell utero era molto alto rivolto verso il sacro, e così poco aperto da permettere appena l'introduzione di un dito. Fu però così destro da poter rilevare che la grossezza di questa parte era di circa un terzo di pollice. Siccome la paziente era ordinariamente costipata di ventre, mediante l'uso dell' olio di mandorle dolci, e di qualche clistere comune le furono procurate delle evacuazioni, dalle quali ritrasse molto sollievo. Dodici ore dopo il primo esame non vi era alcun cangiamento nell' orifizio dell' utero, se non che era un poco più disceso nella pelvi; le doglie continuavano a comparire ogni quattro o cinque minuti. Alle dieci della sera del dì 24. ebbe luogo nuovo esame, e si riconobbe che la testa del feto era discesa più in basso nella pelvi; che la grossezza dell' orifizio dell' utero era diminuita, ma l'apertura niente maggiore. Le furono date venticinque goccie di Laudano, e dormì ad intervalli un sonno refocillante durante la notte. Le doglie, sospese per alquante ore, ritornarono nella mattina del 25; ma essendo meno frequenti fecero nascer l'idea di farla alzare per renderle più efficaci. Nella sera dello stesso giorno si riconobbe che la grossezza dell' orifizio dell' utero era minore di due linee; che si introduceva liberamente il dito nell' orifizio del medesimo; che era più molle ed umido, e che la testa era discesa ancor più in basso. Le fu dato un altro clistere, che produsse un abondante scarica, dopo di che la vagina si trovò ripiena di muccosità. Circa le quattro ore del mattino del dì 26. l'orifizio dell' utero era dilatato per circa quattro linee di diametro; alle dodici per più di un pollice, alle due ore era allo scoperto tutta la testa, e pochi minuti dopo le quattro, cioè 72. ore dopo la rottura delle membrane, partorì felicemente un maschio in ottimo stato di salute. Il tempo che può scorrere tra la perdita del liquor dell' amnios e la sopravvenienza del travaglio del parto è molto vario ed incerto. Mi sono trovato in alcuni casi nei quali vi fu un intervallo di quattro o cinque giorni. In due delle donne da me assistite prima che sopraggiungessero le doglie scorsero dieci giorni, in una quindici, ed in una ventidue. Il caso qui sopra rammentato può presentare un bell' esempio di ciò, che si può generalmente attendere in tal sorta di parti.

È stato assicurato che le donne possono avanzarsi nella

loro gravidanza per due tre e più mesi dopo la spontanea rottura delle membrane, ed il fu M. *Hogben* ha pubblicato un caso (Obstetric studies p. 106, and Med. and Phys. Journal September 1802.) in prova di questo fatto ma esso non serve a confermare in alcun modo la di lui opinione. Il Caso di *Hogben* fu probabilmente simile al seguente.

Mrs. Finlason nel sesto mese della gravidanza ebbe uno scarico di acque dalla vagina, credendo che fossero quelle del parto mandò per il suo ostetrico, e da quello che questo concluse non ammettesse dubbio sulla aggiustatezza dell' idea della paziente. Egli disse che quando sopraggiungerebbero le doglie il parto sarebbe stato pronto. Scorsero pertanto alquanti giorni; e quantunque le acque continuassero a colare non comparve alcuna doglia. Così con un costante scolo giornaliero di acque, qualche volta profuso, giunse la donna al termine del nono mese.

L' ostetrico fu chiamato al comparir delle doglie, e trovò l' orifizio dell' utero aperto, e le membrane protuberanti più che all' ordinario, le quali ruppe finalmente con la tenta; e vidde che la quantità delle acque non era diminuita. Esaminò la placenta e le membrane, ma non potè scoprire l' apertura dalla quale si fosse potuto scaricare il fluido; dal che conchiuse, che quantunque potesse essere stato lo scarico precedente, non poteva però essere stato quello del liquor dell' amnios. La paziente aveva l' abitudine di vivere lautamente, e di bevere ogni giorno una gran quantità di *porter*.

Appendice IX.

Effetti della violenta commozione dello spirito nella donna sopra-parto (ved. pag. 29.)

Il fu Dottor *Merriman* mio Zio fu una volta mandato a chiamare in gran fretta per portarsi ad un villaggio delle vicinanze di Londra, ma al suo arrivo trovò che la donna era perfettamente morta. Dopo qualche tempo ricevè la seguente informazione.

La donna era stata al servizio di una signora che era solita di avere l' assistenza del Dottor *Merriman*, e si era dipoi maritata, e durante la gravidanza aveva avuto sempre in mente di volere essere assistita dal sopraddetto Ostetrico; ma quando manifestò questa opinione al ma-

rito trovò in questi un grande ostacolo a cagione della forte spesa. Da ciò nacquero delle dispiacenti altercazioni, e molti parenti furono d'avviso che la donna si adattasse all'assistenza di un rispettabile *Apothecary* del suo villaggio. Ai primi sintomi del parto, le donne che assistevano la paziente la pregarono di mandare per l'ostetrico, ma essa si oppose costantemente dicendo che non voleva in alcun conto vederlo a meno che avesse avuto un reale bisogno. Questo sopraggiunto, fu introdotto il Sig. A. da una delle donne, senza neppur prevenire la paziente del di lui arrivo. Colpita la meschina dalla subitanea vista di una persona, per la quale nutriva costante antipatia gettò un grido, e cadde in un deliquio dal quale più non rinvenne. Nella confusione fu spedito al Dott. *Merriman* che non fu in tempo per prestarle alcun soccorso.

Casi di tal sorta arrivano raramente; ma diverse specie di mentali commozioni continuamente accadono, le quali, sebbene non producano così triste conseguenze, tendono nulladimeno ad interrompere il corso del buon avanzamento del parto. L'influenza delle mozioni mentali nella circostanza del parto è stata provata con degli esempj in persone di alto rango, le quali talvolta vi hanno perduto la vita.

APPENDICE X.

PULSAZIONE DELLA FONTANELLA (ved. pag. 39.)

La sera del 13. Febbraro 1817. fui chiamato ad assistere Mrs. G. la quale diceva aver perdute le acque circa le ore quattro pomeridiane; ma a torto, perchè le membrane si sentivano molto distese e ripiene di una quantità considerabile di acqua, che si versò a un'ora della seguente mattina. Il sentirsi la fontanella anteriore verso le ossa del pube mi fece conoscere che si trattava della prima specie di Dystocia perversa (pag. 38.) cioè che si presentava il feto con la fronte inclinata verso il pube. Essendo questa una favorevole circostanza per verificare la pulsazione della fontanella prima della nascita del feto (lo che è stato negato da *Baudelocque*, e da altri ancora) cercai di fare un accurato esame mediante il dito, e non una sola volta, ma per ben sei ripetute esplorazioni potei convincermi della esistenza della pulsazione. Dopo che la testa discese più in basso, la pulsazione restò in-

terrotta, e quando fu presso che ad emergere al disotto del pube non mi fu possibile di riconoscere alcuna pulsazione, sebbene il feto venisse alla luce vivente e vigoroso.

Appendice XI.

Ostruzione delle parti molli (ved. pag. 50.)

Caso I. Nell' anno 1804. la mattina del di quattro Giugno mi portai ad assistere Mrs. Green donna ben formata, in età di 26. anni, gravida del primo figlio, e che da qualche ora era incomodata da delle doglie, che al mio arrivo erano divenute forti e frequenti. Tentando di riscontrare lo stato dell' utero non mi fu possibile di introdurre il dito nella vagina, e dopo qualche poco mi accorsi che il mio dito scorreva sopra un espansione membranosa, che chiudeva l' ingresso della vagina, e finalmente sentii una piccola apertura per la quale sarebbe appena potuto passare un pisello, e pressando costantemente contro gli orli di questa apertura potei penetrare con il dito al di là della membrana, la quale aveva la grossezza di un decimo circa di pollice. Riconosciuto esser questo l' imene credei che potesse esser necessaria la divisione del medesimo con il ferro; ma mi assicurai ben presto che l' apertura era capace di ogni maggior dilatazione, perchè, superate in fine le difficoltà, potei portare il mio dito al di là dell' anulo in guisa da sentire la borsa delle acque sporgente in fuori dell' utero, e riconoscere nel tempo della doglia che l' utero era pressochè tutto dilatato. Soddisfatto dello stato del parto, indipendentemente da quest' ostacolo, risolvei di non interporre alcuna assistenza artificiale, ed ebbi luogo di vedere che la borsa delle acque, scendendo gradatamente in basso, cominciò a poco a poco a farsi strada per l' apertura dell' imene, ove accadde la rottura delle medesime, e così venne a contatto dell' imene la testa del feto. L' imene cominciò a divenire gradatamente sottile, e finalmente si ruppe in tutta la sua estensione, dopo di che il feto nacque a capo di pochi sforzi. Niuna delle parti adjacenti restò offesa, e la madre si ristabilì senza alcuna difficoltà. Essa mi disse di non aver trovato in se alcuna cosa di straordinario fuorchè di essere stata cinque anni maritata senza divenir gravida. Non ho avuto luogo di parlare con il di lei marito su ciò. So bensì che la medesima non fu gravida di poi, e che due anni dopo morì tabica.

Caso II. Imene trovato intiero al tempo nel quale incominciarono le doglie del parto (Caso communicato da N. *Tucker* M. D. di Malton in Yorkshire al Dott. *Jebb*).

Il sedici Settembre 1781. fui chiamato in consulto dai Signori *Parker*, e *Temple* per esaminare una donna, la quale nulla ostante che avesse l' imene intiero era divenuta gravida all' età di 30. anni, ed attualmente in parto. Esaminato al lume di candela i pudendi si trovò che le labbra avevano l' ordinaria situazione, ed apparenza, ma discostate si vidde esser connesse l' una all' altra da una membrana forte ed opaca, di un dito presso a poco di larghezza non distinguibile per l' esterno tessuto della pelle, la quale si inalzava dalla superficie del perineo, passando per il solco longitudinale delle labbra, sulla clitoride, e terminando al pube. Non vi era parte di questa membrana colorita in rosso o trasparente. Tra le labbra e circa il punto medio tra la commissura superiore ed inferiore, o poco più su vi era una circolare apertura con un forte anulo, sufficiente a lasciar passare una siringa da donna, che avesse un diametro di un ottava parte di pollice. Infatti un altra siringa, che aveva il diametro di un quarto di pollice non potè essere introdotta. Introducendo una tenta per questa apertura questa passò per il solco longitudinale tra le ale o labbra, estendendosi in alto alla commissura superiore, e in basso all' orifizio della vagina e commissura inferiore o frenulo. Dirigendo la tenta alquanto in basso si sarebbe potuta fare entrare nell' uretra, il di cui orifizio non era totalmente di contro all' apertura medesima, ma un poco più basso. Due pollici circa dietro l' apertura, tra l' angolo del frenulo dei labbri, e di contro precisamente alla fossa magna vi era una piccola macchia dell' estensione di circa 4. linee, più liscia, più bianca, e più sottile del rimanente della membrana, e quasi trasparente. L' orina egualmente che i mestrui, essendo scaricati nella cavità sopra descritta, dovevano scolare a grado a grado per l' apertura sopra indicata non potendo fluire come all' ordinario.

Da questa descrizione si rileva che l'espansione membranacea, che era estesa dal perineo al monte di venere in guisa da cuoprire l' orifizio della vagina, quello dell' uretra, la clitoride (parti tutte che erano là chiuse nella cavità longitudinale formata dalla presenza della medesima) doveva essersi trovata situata più superficialmente, di quello che si riscontra esistere l' imene, giusta le regole anatomi-

che, ed in guisa da non lasciare esternamente fuorchè l'apertura fra l'angolo del frenulo, che *Hunter* ha chiamato *vestibulo*, o passaggio dell'imene. Dall'altro esito niuno degli angoli, ai quali s'incontrano le labbra, per formare la commissura superiore ed inferiore, erano distinguibili perchè la membrana era stesa sopra dei medesimi, ma introducendo la tenta, e facendola scorrere lungo il solco si poteva distinguere la di loro unione, e riconoscerla.

Parker mi ha fatto sapere che quando la testa del feto discese nella vagina, e cominciò a forzare contro il perineo, lo che accadde quattordici ore dopo, egli divise la membrana con un pajo di cisoje, e dall'apertura fino al frenulo delle labbra; e così vi fu spazio bastante per l'espulsione del feto medesimo. La paziente, sia per la forza maggiore delle doglie del parto, ossia per mancanza di sensibilità nella membrana, punto si accorse della fatta recisione, e dalla ferita colarono poche goccie appena di sangue. E rimarcabile che la membrana era così forte da resistere agl'impulsi della testa del feto durante alquante doglie, mentre *Parker* desistè dal tagliarla, e si trattenne per vedere se la natura sarebbe stata capace a troncare da per se sola quell'ostacolo.

Quantunque vi siano alcuni casi rammentati da *Morgagni*, da *Heistero*, e da altri, ed uno, se non sbaglio, da *Hunter* di donne, le quali divennero gravide nulla ostante che la vagina fosse quasi imperforata, pure non mi rammento, che altri ve ne sia, ove il fluido seminale avesse poca strada per esser portato all'utero, od in cui le dimensioni dell'apertura, per la quale potrebbe esser passato fosse così piccola, e così esattamente verificata come nel presente caso. Si potrebbe dubitare se questo caso meriti il titolo di imene trovato intiero al tempo del parto, o piuttosto quello di vulva chiusa da una membrana, che accidentalmente cuopriva le labbra, e si estendeva sopra delle medesime.

Parimente può affacciarsi il dubbio se fosse questa una mala conformazione originale, ed esistente prima del concepimento, o se fosse nata da un processo infiammatorio posteriore all'epoca nella quale la donna aveva concepito. Si sa che i labbri della vulva vanno soggetti a delle adesioni nei bambini per l'infiammazioni, che si sviluppano in questa parte per mancanza di nettezza, o per altre ragioni, e che queste adesioni sono talvolta così complete,

che vi restano uno, o due pertugi soltanto per il passaggio dell' orina. Io mi sono trovato a vedere una bambina, nella quale la unesione si era così avanzata, e l'apertura divenuta così piccola, che si ridusse in fine a non potere orinare, ed erano già 24 ore, che la vescica era grandemente estesa da questo fluido allorchè mi fu presentata. È raro che ciò accada in un adulto, e specialmente in una donna maritata, pure è possibile che questo sia realmente accaduto nel caso sopra descritto.

In una delle annotazioni manoscritte fatte dal fu mio Zio, e poste in una copia dell' Ostetricia di *Smellie*, Coll. 2 Caso 6, si legge. = In due casi ho trovato (mentre il parto era molto avanzato) una densa e forte membrana stesa da un punto all' altro della vagina. In uno di questi casi fu divisa dalla testa del feto, e nell' altro fu dilatata abbastanza da permettere l'uscita del fanciullo; nel susseguente parto però era ancora percettibile, ma non occasionò gran ritardo nel parto. =

Appendice XII.

TUMORI POLIPOSI DURANTE LA GRAVIDANZA

(ved. pag. 51.)

Caso I. Maria Pierce di anni 35 ricevuta nel mese di Marzo nell' Ospizio di Middlesex; mi disse, che pochi mesi innanzi aveva abortito, dopo di che aveva sofferto abbondante scarico dalla vagina molto debilitante e talvolta emorragia accompagnata da grumi ec.; e che adesso, avendo motivo di credersi nuovamente gravida, per la presenza dell' emorragia, temeva di abortire ancora. Le furono ordinati i soliti rimedi, e raccomandato di stare in riposo più che fosse possibile. La gravidanza si inoltrò, e nel Maggio potè sentire distintamente i movimenti del feto; soffrendo sempre irregolari scoli, e qualche volta sanguigni, che, sebbene mai profusi, pure furono tali da renderla debole, e con l'aspetto di una malata. Ciò che l'affliggeva sopra ogni altra cosa era la costipazione del ventre, per allontanare la quale prendeva generalmente del sale d'Inghilterra, ed in proporzione che il ventre era regolare l' emorragia scompariva. Nel dì 8 Agosto, in seguito di tre giorni di costipazione, sentì forte bisogno di andare alla seggetta; nell'atto di fare degli sforzi per renderla la feccia, sentì scendere qualche cosa per la vagina, e dimandò immediatamente l'assistenza di un ostetrico.

Al mio arrivo trovai la paziente giacente in letto sul sinistro lato. Credei per il momento di aver sentito con il dito la testa di un feto prematuro ravvolta nelle sue membrane, perchè il tumore, per la forma e per il volume, rassomigliava alla testa di un feto di cinque mesi: ma dopo un più accurato esame riconobbi essere un tumore poliposo, che scendeva dall' orifizio dell' utero, al quale era aderente con un peduncolo della grossezza del dito pollice. Sembrava che sorgesse al didentro dell' orifizio dell' utero, occupando la parte destra del medesimo, le di cui labbra da questo lato erano molto confuse con il tumore, dandosi dal tutto insieme l' idea di una gran durezza e rigidità. Dal sinistro lato le labbra dell' utero erano ben riconoscibili, ma meno turgide e molli di quello che suole essere a quest' epoca della gravidanza. Non essendo stato prodotto alcun effetto dagli sforzi per andare di corpo, pensai di dare qualche aperitivo alla paziente prima di allacciare il polipo, cosa che io non trovava controindicata, perchè vi si prestava lo stato di salute della paziente, ed il di lei polso era tranquillo. Il tumore fu rimesso nella vagina, e fu raccomandato alla paziente di restare a giacere. Il dì 9 Agosto in presenza del Dott. *Gooch*, e di altri tre Chirurghi miei amici portai il tumore a vista dei medesimi, e feci una legatura ben stretta attorno al peduncolo, più alta che fu possibile, senza includervi alcuna porzione dell' orifizio dell' utero, e lo rimessi entro la vagina. Il giorno 11, e dipoi nel 13 di detto mese, fu ristretta sempre più la legatura, e poche ore dopo questa terza allacciatura cadde il tumore. Nel 14 esaminai attentamente l' orifizio dell' utero, ove si riconosceva un poco di strappamento nella parte alla quale era attaccato il tumore, ed era piuttosto duro, per quanto più molle che per lo innanzi. Quasi tre parti del detto orifizio dell' utero erano in stato perfettamente sano. La paziente sofferse pochi dolori durante l' intero processo. Il suo polso si trovò, in un giorno, frequente troppo pieno ed urtante, ed un poca di durezza nell' addome: ma tutto questo scomparve sotto l' uso di qualchè sostanza aperitiva, e mai vi fu indizio di pericolo.

Dopo la caduta del polipo la salute della donna andò sempre di bene in meglio, ed al 9 di Settembre partorì felicemente e con prontezza una bambina. Questa però nacque morta, della qual cosa non può assegnarsi altra cagione, fuorchè il funicolo ombellicale stretto al col-

le. Lo stato di salute dell'orifizio dell' utero, e quello della donna non hanno più sofferto alterazione, e fu per la pregnante una vera fortuna, che il tumore si facesse conoscere prima dell'epoca del parto.

Caso II. (communicatomi dal Dottor. *Gooch* estratto da un MS. di Mr. *Borrett*).

La paziente era una Signora di 30. anni, sopra parto per la sesta volta. Nel primo esame si trovò un corpo carnoso, che quasi riempiva la vagina. Inoltrandosi col dito tra la parte anteriore del tumore, e quella della vagina, corrispondente alla sinfisi del pube, si potè riconoscere il segmento anteriore dell'orifizio dell'utero perfettamente dilatato: ma non già il posteriore, perchè ricoperto dal tumore. Durante l'esame sopraggiunse una doglia, e le membrane, distese dalle acque, s'insinuarono tra il tumore ed il pube, in guisa che quasi giungevano alle parti esterne; in un altra doglia si ruppero le membrane, e si scuoprì la testa del feto arrestata alla sinfisi del pube. Siccome la testa non si avanzava, si portarono in basso i piedi, e così, non senza qualche difficoltà, fu terminato il parto. Il feto nacque asfitico: ma, mediante l'insufflazione dell'aria nei polmoni, a capo di mezz'ora incominciò a piangere. La placenta fu espulsa presto e facilmente, ed alle ore sette della mattina la paziente fu lasciata in ottimo stato. Alle ore tre pomeridiane, la comparsa di violenti dolori fece credere alla puerpera di dover partorire un altro figlio: ma siccome l'addome era appianato e l'utero contratto, fu dissipato il sospetto, e le fu ordinato una preparazione oppiata. Alle nove ore della sera i dolori continuavano, e la paziente sentiva qualche cosa che voleva escire dalla vagina, e l'esame fece conoscere un tumore molle e rotondo, che si presentava all'orifizio esterno. Dai segni precedenti o commemorativi, e da quelli attuali si rilevò non essere altra cosa che il tumore da prima sentito; si volle però spedire per un altro ostetrico. Fu dato alla paziente una mistura anodina; ma essa continuò a spasimare tutta la notte in mezzo ai dolori espellenti, senza che comparisse emorragia. Nella seguente mattina il polso della paziente era piccolo, l'aspetto abbattuto, e si vedeva spinto fuori dalla vagina, ad ogni doglia sempre più, un tumore livido carnoso. Essa continuò a soffrire ed a deperire per tutto il giorno. Nella sera, all'arrivo Mr. *Rigby* era morta di mezz'ora. —

Nell' apertura del cadavere si trovò l' utero contratto, ma la bocca del medesimo portata in basso, presso l' orifizio esterno della vagina, dal tumore che era aderente al medesimo con larga base. Una parte dell' aderenza era nella parte posteriore della bocca, ed un poco al disopra del collo; il di lui peso era di sessantatre oncie. La paziente aveva partorito due anni avanti facilmente e naturalmente: ma qualche tempo innanzi l' ultima gravidanza sembrava così grossa, come se fosse stata gravida di sette mesi.

Il caso è interessante non solo per la coincidenza del polipo con la gravidanza; ma ancora come una gran prova che il solo dolore può distruggere la vita. I dolori del parto continuarono dopo che l' utero fu vuoto, e si potrebbe dire che fosse morta per il travaglio del parto prolungatosi al di là della nascita del feto, e dell' espulsione della placenta.

Van Doeveren nel suo Specimen observationum Academicarum cap. IX. riferisce il caso di una donna che egli visitò 24 ore dopo che soffriva le più acute doglie del parto; la nascita del feto era impedita da un largo tumore poliposo, sviluppato nella superficie anteriore della vagina. Remosse il tumore torcendolo tanto attorno al peduncolo finchè potè portarlo via con le mani, dopo di che la donna, col solo soccorso delle doglie naturali, partorì un feto morto ed imputridito. La paziente fu in pericolo per qualche giorno appresso, a cagione dell' infiammazione e tumefazione dell' addome: ma finalmente si ristabilì.

Pugh nel suo *Treatise of Midwifery* (1754.) p. 121, riporta il caso di una Signora gravida di sei mesi, che visitò dopo che stava da tre giorni nelle mani di una levatrice, nella quale, non senza qualche difficoltà, riconobbe l' esistenza di una escrescenza carnosa aderente al *muso di tinca*, alla base della grossezza circa di un dito, e nel corpo della grosseza di un grosso uovo di tacchina. Vi fece una forte legatura con filo incerato all' intorno, e quindi tolse il tumore con il bisturino al disotto della legatura. Il feto uscì dopo una mezz' ora. La paziente si ristabilì, e fu dipoi gravida altre quattro volte: ma per tre volte abortì al quarto mese, e dell' ultimo soltanto si sgravò al nono mese, e felicemente.

Mr. *Fordham* ha riferito un caso fatale di tumore poliposo espulso dopo la nascita del feto (Med. and Physical Journal vol. XXVI.).

Callosita' o durezza insuperabile all'intorno dell' orifizio dell' utero (Vedi pag. 51. e la nota del Traduttore alla pag. 54.). *Caso estratto dagli Annali Universali di Medicina del Dott.* Omodei *vol.* xvi.

Francesca N. di anni 21. fu ricoverata nello stabilimento Clinico di Ostetricia di Milano li 27. Aprile 1819. prossima al settimo mese della sua prima gravidanza. Misurando la pelvi, con il compasso di Baudeloque, *si trovò essere sette pollici nel diametro antero — posteriore, o conjugato, e nove negli obliqui; misurati secondo gl' insegnamenti di* Gardien, *vale a dire dal gran trocantere di un lato alla sinfisi sacro — iliaca opposta. Cotali misure, unitamente alle felici esteriori apparenze, fecero giudicare della buona conformazione del catino. Colla esplorazione vaginale, si trovò l' interno della vagina seminato da una quantità di escrescenze, e morbosamente ristretto il canale alla di lui metà. Il collo dell' utero poi era assai tumido, prominente, duro, e la durezza tanto maggiore a misura che si discendeva verso l' orificio esterno, di modo che questo era formato da un bordo rilevato, molto duro, e quasi cartilagineo. La bocca dell' utero era aperta, rotonda ed eguale; il dito facilmente vi entrava, e percorreva sino all' orifizio interno, tutta la cavità del collo, la quale aveva la figura d' imbuto colla base all' esterno e l' apice all' interno. Da ciò si poteva predire che il parto sarebbe stato per lo meno assai lungo e difficile, ed anche impossibile. Durante il progredimento della gravidanza le condizioni del collo dell' utero non cangiarono. La paziente fu affetta da dei dolori occasionati dalla necessaria, ed in parte impedita distensione dell' utero, e da una febbre gastrica accompagnata da una eruzione anomala.*

Nella mattina del 13 di Luglio incominciarono a presagire vicinissimo il parto alcuni doloretti brevi ed a lunghi intervalli, l' abbassamento del ventre, e l' inclinazione del fondo dell' utero all' avanti. Alla sera, e nella notte, i dolori presero maggior forza, le tolsero la calma ed il sonno. Oltre lo stato d' inquietezza nel quale trovavasi, ora era abbattuta da conati di vomito, e dal vomito stesso di materie biliose verdastre, ed ora da passeggieri deliquj. Esplorata di quando in quando, si rilevava bene che la cervice dell' utero, me-

ne dura dell'orlo dell'orifizio, andava cedendo, ed era oramai del tutto appianata, ma il bordo duro anzidetto trovavasi in eguale stato, nè l'orifizio si era ulteriormente dilatato; poichè, siccome per l'avanti, appena ammetteva l'estremità dell'indice colla quale si sentiva la testa, distinta dai suoi proprj caratteri, ed appena appena un piccolo tratto di solco obliquamente diretto indicante la presenza verisimilmente della sutura sagittale. La ristrettezza adunque dell'orifizio uterino, abbenchè costituito da un cerchio duro ed assai resistente, esigeva che si temporeggiasse, e che si attendessero, per quanto era permesso, tutte quelle risorse, che la natura e l'arte offrivano a vantaggio della paziente. Furono fatte delle injezioni ammollienti per la vagina, ora di decotto di malva, ed ora d'olio. Ma nè le replicate contrazioni del viscere, nè i mezzi ausiliarj furono sufficienti a preparare nell'orifizio dell'utero una strada per il passaggio della testa del feto.

Era già scorsa la notte del 14; rotte di già le membrane, e l'orifizio dell'utero non era giunto appena alla dilatazione di un mezzo scudo, quale non potevasi sperare maggiore, poichè sotto le contrazioni, anzi che prestarsi e cedere, si ristringeva, e si faceva maggiormente duro. Dopo 48 ore di travaglio, ogni ulteriore dilazione, oltre che inutile relativamente alle parti materne, sarebbe stata pregiudicevole per la madre, e per il feto. I dolori si erano talmente indeboliti, che appena comparivano a lunghi intervalli, e subito cedevano; la testa del feto era alquanto bassa, ed impegnata nel coronamento; la pelle del capo era gonfia, faciente tumore, e toglieva l'opportunità di ben precisarne la vera posizione; il polso della paziente era frequente, debole; le forze depresse; il coraggio smarrito. In tale stato, tutto l'ostacolo al nascimento del feto proveniva dalla resistenza del bordo dell'orifizio dell'utero, insormontabile dalle sole forze della natura, delle quali la donna era affatto depauperata. Il Sig. Prof. Bongiovanni *fece conoscere a tutta la Scolaresca la necessità delle incisioni sul bordo dell'orifizio dell'utero. La mattina adunque del dì 15 alle ore otto, e mezza, insinuatosi l'operatore fra le coscie della paziente prese con la destra un bistorino a gracile e curva lama, bottonato nella sua punta, ed assicurato nel manico con una piccola fasciatura, che si estendeva*

no alla metà della lama stessa, e guidata questa a piatto sulla faccia palmare dell' indice della sinistra, fin sotto il bordo del labbro anteriore dell' utero, onde le parti esterne, e la vagina della madre non venissero offese, fece varie incisioni su quella parte da sinistra della donna a destra, nel far le quali si sentiva distintamente, anche dagli astanti, un certo crepito, come se si tagliasse precisamente della cartilagine, o della sostanza tendineo-ligamentosa. Dopo fatte queste incisioni, si aspettò qualche poco per dar luogo ad una lenta e graduata distensione della parte incisa, la quale si ottenne; ma non essendo sufficiente per il passaggio, e discesa della testa del feto, si dovette fare qualche altro taglio, ove il bordo maggiormente resisteva. Allora la testa a poco a poco discese nella cavità del piccolo catino; ed il parto si sarebbe compito, se la donna non fosse stata troppo spossata ed abbattuta. Per non precipitare però una nuova operazione si aspettò alquanto tempo, durante il quale fu data qualche cucchiajata d' una mistura composta d' acqua di menta, e di liquore anodino, senza che però riuscisse atta a ridonarle il più piccolo coraggio.

Veduto che l' applicazione del forcipe era indispensabile per ultimare l' operazione, s' introdusse adunque da prima la branca maschia, poscia la femmina, e furono congiunte non senza difficoltà, essendochè i manichi tendevano fortemente al lato sinistro della donna, ed impedivano il parallelismo delle branche. Ma abbrancata finalmente la testa, e fattene le dovute trazioni, fu inaspettato e non comune il vedere, che mentre essa s' andava a liberarsi dalle parti genitali esterne, la faccia si trovò rivolta al pube, motivo per cui fu necessario di abbassare i manici dello stromento appena che l' occipite ebbe superato il bordo del perineo, onde su questa parte facesse la inferiore di quello, un punto d' appoggio per la più facile uscita della faccia al disotto del pube. A tale oggetto si raddoppiarono le precauzioni, perchè il perineo non venisse lacerato. Appena sortito il capo non fu inutile l' aver portato un dito sulla regione del collo, poichè a tanta complicazione di cose, l' avvolgimento pure del cordone a quella parte vi si aggiunse. Tagliato questo cingolo, blandemente si procurò l' uscita totale del feto. L' utero alla regione ipogastrica si trovò contratto, e l' espulsione

della placenta venne naturalmente compiuta dopo non molto tempo.

Trasportata la puerpera dal letto del travaglio su d' un altro più conveniente, si trovò prostrata grandemente di forze per il travaglio lungo e penoso, e per la morale impressione dell' operazioni. Convulsioni e deliquj si ripetevano a vicenda ; polsi frequenti e debolissimi. Fu ristorata ora con semplice brodo, ed ora con lunghe rosomate nello stesso veicolo ; con qualchè cucchiajata della mistura eccitante, poc' anzi riferita, e per umettarle le fauci si fece uso di una semplice emulsione. Dopo alcune ore potè la puerpera godere di un breve ma placido riposo. Alle ore quattro pomeridiane rinnovaronsi i suddetti sintomi nervosi, ma tali da potere essere fugati coll' odorare semplicemente dell' ottimo aceto. I polsi e le forze trovavansi nel medesimo stato sopra indicato. Il ventre però era molle ed indolente, l'utero contratto e situato alla regione iliaca destra ; i lochj fluivano. Ciò che si ritrovò di particolare si fu la regione ipogastrica tumida ed alquanto sensibile al tatto, per la vescica molto distesa e piena di orine. S' impiegò il cateterismo, il quale portò sollievo tale, che dopo due ore orinò spontaneamente.

Nella notte del 16 la paziente godè di qualchè intervallo di quiete ; ma a notte assai inoltrata sopraggiunsero molte e frequenti dejezioni alvine. Queste improvvise ed abbondanti evacuazioni, tuttochè di materie biliose, e simili alle antecedentemente vomitate, ed eliminate, al certo a vantaggio dell' inferma, posero la medesima in un abbattimento di forze allarmante. I polsi erano divenuti piccoli, frequentissimi, e cedenti da perdersi sotto la più piccola pressione ; la voce così debole da potere appena proferire parola ; qualche momento di vaniloquio, e sussurro alle orecchie. Col soccorso della più assidua assistenza si riebbe però a poco a poco da quell' estremo languore, e continuo subdeliquio. Nella giornata comparvero ancora varie dejezioni alvine, precedute da alcuni doloretti di ventre, il quale conservavasi tuttavia alquanto meteorizzato ; i lochj fluivano. Insorsero alcuni sintomi isterici, i quali calmaronsi mediante qualchè cucchiajata d' acqua matricaria. La notte del 17 fu quieta ; ebbe due sole dejezioni alvine della stessa natura, precedute ed accompagnate da molti flati : il ventre ancora

tumidetto, i polsi frequenti, la testa un po' pesante, meno sussurro alle orecchie; fisonomia più soddisfacente, lingua umida, utero diminuito di volume, lochj fluenti; parti genitali un po' gonfie ed irritate. Si prescrisse internamente un leggiero decotto tamarindato da prendersi a mezzi bicchieri ogni tre ore; per bevanda una tenue limonata, e delle fomentazioni mollienti alle parti genitali. Nella giornata, eccetto parecchie scariche alvine, non fuvvi cosa di rimarco. La notte del 18 Novembre non fu molto tranquilla per le varie e rinnovate scariche intestinali; pure dal tutto insieme esistevano dei motivi per i quali lusingare ci potevamo di un buon esito del puerperio, e tra gli altri, per la turgescenza delle mammelle. Si continuò esattamente nel sopradescritto metodo. Nella giornata, e nella notte del giorno 19 nulla accadde di rilevante; le evacuazioni alvine furono miti, ed in conseguenza vi fu più riposo che nella precedente. Si diede soltanto la limonata per bevanda, ed il solito nutrimento. Alle ore undici e mezzo antimeridiane la paziente fu assalita da brividi, che a capo di poco tempo furono susseguiti da calore e da un leggiero sudore. I polsi allora divennero più frequenti, ed il capo più aggravato. Questi sintomi si ripeterono dal maggiore afflusso alle mammelle. Il dì 20 tutto era normale; non più peso al capo, non sussurro alle orecchie, ventre molle, lochj fluenti, mammelle meno gonfie e tramandanti latte; scariche alvine numerose, ma scarse e biancastre; i polsi meno frequenti e rialzati. Lo stesso trattamento. Il 21 tutto andò di bene in meglio, ed il voler continuare a riferire tuttociò che giornalmente accadde, sarebbe cosa non meno inutile che nojevole; poichè da quest' epoca in avanti il miglioramento, che di giorno in giorno andavasi osservando, fu sì sensibile e graduato, che la giovine nel giorno decimottavo dopo il parto si alzò dal letto, e cominciò a passeggiare, senza altro incomodo fuorchè un poco di peso alle parti genitali, ed a puerperio compito, sortì dall'Ospizio in ottimo stato. Non deesi però omettere, che ricomparsa dappoi l' eruzione cutanea anomala, ogniqualvolta essa retropellevasi, insorgeva nella pazient malavoglia, inappetenza, peso al capo, e frequenza di polsi, sintomi tutti che si alleggerivano, ed affatto cessavano tosto che la cute se ne caricava di nuovo.

Quest' alternativa osservata per tre o quattro volte cessò allorchè a poco a poco venne liberata dalla cutanea affezione mediante le continue scariche intestinali, ed i notturni sudori.

Prima che la giovine uscisse dallo stabilimento, che fu il dì 25 Agosto, fu esaminato lo stato della cervice dell' utero, quale si riscontrò molto bassa, meno tumida e dura, di quello che fosse prima del parto; il labbro anteriore della bocca dell' utero, sul quale furono fatte le varie incisioni, era molto più prominente del posteriore, come frastagliato, ineguale ed angoloso.

Questo caso contribuisce molto a rettificare in pratica la massima stabilita, che, oltre all' esattezza e precisione, con cui vogliono essere eseguite le operazioni, debbasi per il loro più fortunato esito saper decidere sull' opportunità dell' operare. Se nel caso sopra esposto si fosse più oltre procrastinato nel procurare, per mezzo dei tagli summentovati, una dilatazione maggiore dell' utero, per la più facile discesa della testa del feto, la madre sarebbe stata certamente esposta a molti accidenti, ed a tutti quegli incomodi disgustosi e spiacevoli, che rendono in seguito le vita assai grave e penosa. La testa del feto compressa nella parte inferiore dell' utero, trovavasi in parte impegnata nel suo coronamento. La parte anteriore e posteriore dell' utero era perciò compressa contro il pube e l' angolo sacro-vertebrale; il canale dell' uretra pure, e tutte le parti circonvicine soffrivano notabile compressione. Quindi inevitabilmente ingorgo delle parti summentovate, infiammazione, escare gangrenose nei luoghi, ove la compressione era maggiore, e dietro ciò ulcere estese e ribelli; aperture nel canale dell' uretra più o meno larghe potevano essere gl' incovenienti ai quali sarebbe soggiaciuta, se pure da una più estesa gangrena delle parti dell' utero stesso in pochi giorni non le fosse stata tolta la vita. Riguardo al feto, lo stato in cui si trovava, allorchè venne estratto, decide chiaramente che la di lui morte sarebbe stata inevitabile, se di qualche ora appena si fosse ritardata l' operazione; poichè non poco tempo si dovette impiegare per richiamarlo ad una migliore esistenza.

APPENDICE XIII.

TUMORI DELL' OVAJA (Ved. pag. 53.)

CASO I. Il dì 1. Ottobre 1818. visitai la Sig. Daly in età di anni 35, sopra parto, quasi da cinque giorni, per la prima volta. *Hanbury* visitando la paziente nel 29. Settembre si era accorto, dal trovare un grosso tumore nella pelvi, che il parto sarebbe stato difficile: ma siccome l'orifizio dell' utero era pochissimo preparato al parto, egli non credè dover fare altra cosa, fuorchè dare qualche medicina aperitiva, e dipoi qualche oppiato. Nella sera del 30 l'utero si aprì alquanto, e mentre facevasi un più accurato esame si ruppero improvisamente le membrane, e le acque scolarono abondantemente; dopo di che la forza delle doglie si fece maggiore. Il Chirurgo, sperando che gli sforzi della natura avrebbero migliorato le condizioni del parto, restò attendendo tutta la notte, finchè veduto che niente si era avanzato dimandò un consulto.

Nell' esame trovai un grosso tumore elastico grandemente addossato al retto, e che riempiva talmente la cavità della vagina, sino alla sinfisi del pube; che compresso fortemente verso la parte posteriore era impossibile di guadagnare uno spazio di un diametro nella sua totalità maggiore di un pollice. Si arrivava con difficoltà all' orifizio dell' utero; una gran parte di esso non era dilatato, e non era neppure suscettibile di esserlo di più. L'apertura dell' utero aveva inoltre la particolarità di essere longitudinale, perchè non vi era nella pelvi tanto spazio da lasciargli prendere la forma circolare; i dolori erano frequenti ed acuti, e sotto di questi le labbra dell' orifizio dell' utero erano compresse ad un tempo verso il dorso, e verso la sinfisi del pube, mentre la di loro estensione longitudinale cresceva considerabilmente verso gl' Ilei. Essendo cosa certa che questo tumore fosse un ovajo ripieno di fluido, ne proposi la puntura per la parte del retto, che fu esegnita con il trequarti curvo da Mr. *Chevalier*, ed uscì una quantità di fluido oleoso, del quale però non si poterono raccogliere che circa sei oncie.

La diminuzione grande del tumore faceva sperare che, sotto la continuazione delle doglie, la testa del feto avrebbe potuto traversare la pelvi, o che almeno sarebbe stata messa dalle medesime a portata da esser presa dal for-

cipe. L' orifizio dell' utero infatti prese la forma circolare, divenne più molle e dilatato, e la testa discese alquanto nello stretto superiore della pelvi; lo stato generale della paziente si fece migliore; aveva la lingua più polita e molle, meno calda la pelle, più tranquillità di spirito e le pulsazioni dell' arterie non più di 90 per minuto; in conseguenza di ciò fu lasciato operare alla natura. La presenza di questi sintomi favorevoli continuava fino alle ore otto della seguente mattina: nulladimeno si conobbe la necessità dell' intervento dell' arte, ed alle dieci, col mezzo del perforatore il feto fu estratto in meno di un' ora. Il feto era bene sviluppato, e sembrava morto da circa dodici ore.

La paziente non presentò alcun sintoma allarmante fino al seguente giorno, nel quale fu assalita da molta febbre, dolori ed intolleranza di tatto nel basso-ventre. Furono levate venti oncie di sangue dal braccio, e promossa l' evacuazione intestinale, che era di pessimo carattere; e dopo tutto questo la paziente si mostrò molto sollevata. Nel dì 4 Ottobre non vi era esacerbazione nei sintomi, e la malata potè prendere qualche leggiero nutrimento. Nel dì 5, languore; polso frequente e debole; qualche disposizione al delirio. Le fu dato un poco di vino, e cibo più nutriente. Aumento di delirio nella sera, rapido peggioramento, e morte nella susseguente mattina.

Nell' apertura del cadavere si trovò l' utero in quello stato, nel quale suole trovarsi presso a poco dopo una simile epoca del puerperio; non vi erano traccie d' infiammazione o di malattia, fuorchè un piccolo tubercolo nella di lui superficie esterna; la tuba fallopiana e l' ovajo della parte sinistra di colore fosco, coperti di uno strato di linfa coagulata; l' ovajo destro, situato tra la vagina ed il retto, aveva la grandezza della vescica di una capra, e conteneva una materia grassa, riducibile mediante il calore nella stessa qualità di fluido raccolto nel vaso, con più una quantità grande di capelli e due, o tre denti; non esisteva infiammazione nel luogo ove fu fatta la puntura. I visceri non erano in stato morboso ad eccezione del pericardio. Nella cavità del cranio non esistevano indizi delle cause del delirio.

La morte fu attribuita allo stato d' inanizione al quale erasi ridotta la donna sotto i prolungati patimenti prima dell' operazione.

Altri cinque casi di tumori nella pelvi dei quali e' stata data la storia dal Sig. *Merriman*
(Vedi la nota del Traduttore alla pag. 53.)

Caso II. Si tratta di una donna nel di cui primo parto fu necessario perforare il cranio del feto, quantunque non si trovasse alcuna cosa di preternaturale nel bacino; nel secondo parto si sentiva un tumore carnoso nella vagina della partoriente, che fu ancor questa volta liberata per mezzo del perforatore. Prima che questa donna giungesse al termine di questa gravidanza, si riconobbe che il tumore esistente nella pelvi era a sinistra, e comprimeva talmente l' intestino retto da non potere pervenire a toccare l' osso sacro con il dito. All' epoca del parto fu perforata la testa del feto, la quale si staccò dal collo per i repetuti sforzi, e quindi fu staccato un braccio; e siccome tra la sinfisi del pube, ed il tumore vi era uno spazio non maggiore di due pollici, per terminare il parto fu necessario ancora di vuotare il basso ventre. Lungo e pericoloso fu il puerperio della donna, alla quale restò l' incontinenza d' orina.

Caso III. In una primipera di quaranta anni si trovò un tumore duro elastico, ed ovale tra la vagina e l' intestino retto, un poco a sinistra, quale giudicato per un ovajo ripieno di fluido fu punto dalla parte del retto; non si ottenne però lo scarico desiderato della materia, perchè consistente al pari del miele. Questa operazione servì però a rammollire il tumore, a permettere che la bocca dell' utero si aprisse maggiormente, e che la testa potesse scendere più in basso. La mancanza di forze nella donna obbligò a prendere il partito della perforazione, e dopo il parto più non si riscontrava il tumore. Questa donna, riavutasi allora perfettamente, morì diciotto mesi dopo. Nel cadavere si trovarono segni di cronica flogosi nel basso ventre; l' ovaja della grossezza d' un piccolo arancio contenente una materia saponacea, ed un dente.

Caso IV. Il tumore, situato sotto la protuberanza ossea, e molle si potè in questo caso spingere dall' Autore con le dita al disopra del margine della pelvi, e far sì che in tal guisa la donna si potesse sgravare felicemente.

Caso V. Si trattava in questo di un tumore, non osservato nei parti precedenti della paziente, grasso e duro situato tra la vagina e l' intestino retto, il quale non impedì all' orifizio dell' utero di giungere alla perfetta di-

latazione fino dall' incominciamento del parto; ma la testa, che poggiava sull' osso del pube, dopo otto giorni di inutili doglie, si allontanò, e la presentazione fu quella di una spalla. Fu fatto a gran stento il rivolgimento, e la testa fu estratta con l'uncino ottuso, e col forcipe. Nel cadavere della donna, morta nell' atto del parto, si trovò la vescica orinaria enormemente distesa, e il fondo dell' utero di colore scuro, ed un tumore tra il collo dell' utero ed il retto, che occupava tutta la concavità dell' osso sacro, e s' inalzava un pollice al disopra della protuberanza del medesimo, contenente una materia analoga all' adipocera.

Caso VI. Il tumore era così grosso che la bocca dell' utero si aprì per lo lungo a motivo della compressione che ne soffriva. Forato il tumore con il trequarti, dalla parte del retto, fluirono circa sei oncie di un fluido oleoso; ma non essendosi per questo rimosso l' ostacolo al parto, si procedè alla perforazione. La madre morì esausta di forze pochi giorni dopo, e nel cadavere si scoprì che il tumore tra la vagina ed il retto era formato da un ovaja, la quale, oltre il sopra accennato fluido, conteneva gran quantità di capelli, e tre denti.

L' Autore condanna il rivolgimento praticato nel caso, IV comunicatoli dal Dott. *Hartwick*, e conchiude che importa molto in tali casi soccorrere le partorienti più presto forse che non si è fatto nelle donne, che formano il soggetto di questa memoria; che in Inghilterra forse troppo precipitosamente si ricorre all' uncino, quando coll' operazione cesarea si potrebbe per avventura salvare la madre insieme con il bambino; e finalmente che questi tumori si debbono vuotare pungendoli dalla parte del retto intestino, anzi che dalla vagina, sia perchè per quella prima via si è più sicuri di pervenire alla parte più declive del tumore, sia ancora perchè l' incisione praticata nella vagina potrebbe dilatarsi eccessivamente pel distendimento delle parti, che produce necessariamente il passaggio del feto.

Appendice XIV.

Obliquità posteriore dell' utero, ossia orifizio dell' utero rivolto verso la sinfisi del pube, detta ancora retroversione dell' utero (Vedi pag. 56).

In due casi ho potuto conoscere il sopra indicato stato dell' utero, nei quali l' orifizio era portato così in al-

to, verso la sinfisi del pube, da non potersi arrivare con il dito, ed il corpo dell'utero riempiva talmente la parte posteriore della pelvi, che non si poteva toccare il sacro. Il primo caso fu riferito dal Dott. I. H. *Jackson* (*cautions to Women respecting the state of pregnancy*) il quale dice = Non vi è caso nel quale si parli di donne giunte al perfetto termine della gestazione, e che siasi in esse ritrovata la retroversione dell'utero; pure io ho avuto luogo di osservarla, sono adesso due anni, in compagnia dei Dottori *Bland*, *Denman*, *Thynne*, *Merriman* e *Croft*. La situazione era da principio inesplicabile, e la paziente fu per alcuni giorni sopra parto, che finalmente compito per i graduati sforzi della natura i quali fecero riprendere all'utero una situazione presso a poco naturale, e mediante la molta assistenza usata alla donna, questa potè ristabilirsi. Il feto però, nacque morto =. Ecco un estratto dell'altro caso da me publicato nel 1810.

Mrs. F. cominciò a soffrire i dolori del parto il dì 16 Giugno 1806 e contemporaneamente lo scolo delle acque; le doglie erano rare, ma acute e forti. Nell'esplorazione per la parte della vagina si sentì un tumore globulare, che riempiva la pelvi, e che impediva al dito di seguitare la direzione del coccige e dell'osso sacro, ma anzi obbligavalo a dirigersi verso il pube, potendo passare verso la cresta del medesimo, senza sentire quì o altrove l'orifizio dell'utero. Nell'esplorazione per la via del retto si sentiva che il tumore era formato dall'utero, e che conteneva una qualche parte del feto, non chiaramente riconoscibile. Il 17 continuava lo scolo delle acque; i forti e penosi dolori fecero abbassare il tumore fin sopra il perineo. Sopraggiunsero rigori di freddo, convulsioni, febbre e delirio, che furono subito dissipati con l'emissione di sangue, e con gli evacuanti. Nel 18 seguitarono i dolori senza cangiamento nello stato del parto. Nel nuovo esame fatto il dì 20 si trovò la stessa forma e volume del tumore dell'utero, occupante totalmente il passaggio verso l'osso sacro, in guisa da non poter sentire neppure il coccige, a meno che il dito fosse introdotto nel retto. Il dito si poteva bensì portare in avanti verso la sinfisi del pube, senza potere ancora toccare l'orifizio dell'utero: ma nel ritirare il dito da questa parte si vide per la prima volta un vero indizio del *segno*. dal che si conchiuse non solo che l'orifizio dell'utero era voltato verso questa parte, ma che si poteva realmente sperare un cangiamento

nella posizione del medesimo. In fatti nel dì 21 le doglie divennero più forti e più attive; il tumore erasi ritirato alquanto dal perineo, mentre che una massa fluttuante (la testa del feto in stato di putrefazione) era spinta in basso della pelvi tra le ossa del pube, ed il tumore suddetto. Dopo poche ore, continuando le stesse doglie efficaci, il tumore salì verso l'orlo della pelvi, e cominciò a sentirsi l'orifizio dell'utero, sebbene ancora in alto. Si credè opportuno aprire la testa del feto, le di cui ossa erano in stato di dissoluzione, e con l'estrazione di queste il parto fu compito con pochissime doglie più. Fu perfetto il ristabilimento della paziente, che è vissuta dipoi molti anni in ottimo stato di salute, senza avere però altri figli.

Questo mi sembra che provi non solo la possibilità della retroversione dell'utero al pieno termine della gestazione, ma ancora, se non m'inganno, che molte di quelle gravidanze estrauterine, della specie delle *ventrali*, non fossero altra cosa che casi di retroversione dell'utero. Molte di quelle cognizioni che noi abbiamo sulla concezione e sulla generazione, si oppongono ad ammettere che l'uovo, caduto accidentalmente nell'addome, possa attaccarsi e trovare ad un tempo tale nutrimento da giungere al pieno sviluppo, senza avere alcun rapporto con il sistema uterino, o almeno le prove di un tal fatto sono dubbie. Il Dott. *John King* del Sud della Carolina in un'analisi del soggetto della gravidanza estrauterina, e della retroversione dell'utero gravido, pubblicata il 1818, si mostra di contraria opinione, e fa dei commenti ancor troppo estesi alla mia piccola memoria. Il caso però che egli pubblica, per sostenere il suo argomento, sebbene grandemente interessante ed istruttivo, non mi sembra atto a decidere la questione. Pensa il Dott. *King* che un feto, giunto a perfezione nella cavità dell'addome, fosse estratto vivo da questa parte, mediante l'incisione fatta nella parte posteriore della vagina. Il feto era fluttuante, come egli suppone, nella cavità dell'addome. Se fu così a qual viscere era aderente la placenta? La connessione tra la placenta e le parti, alle quali era aderente, era la stessa di quella che esiste tra la placenta e l'utero? I vasi di comunicazione erano di un numero e di un calibro uguale? Se non lo erano, come potè acquistarsi dal feto un pieno sviluppo? Se lo erano, con quali mezzi si riserrarono i vasi, e fu impedita l'effusione di sangue do-

po la espulsione della placenta? Di più, per quali forze accadde questa espulsione? I visceri, ai quali era adesa, erano forse rivestiti di quella contrattilità che ha l' utero per espellere la placenta? E se fu così, come furono essi capaci di eseguire le loro naturali funzioni durante la gravidanza, o di riprenderle dopo il parto? (*) Sono queste dimande, alle quali bisognerebbe rispondere in un modo soddisfacente, prima di prestar fede alla dottrina delle gravidanze ventrali.

Il tempo giustificherà se la mia opinione su questo articolo sia giusta. Molti casi, che potrebbero risolvere la questione sono stati descritti con troppa inesattezza, onde poter servire a provare il contrario, e giova sperare che quando si presenterà un caso di tal natura saranno esposti i fatti meno superficialmente che per lo innanzi.

Ernia ventrale formata dall' utero gravido
(Vedi nota del Traduttore pag. 57.)

Questo caso è riferito dal Dott. Saxtorph, *membro della società reale di Medicina di Copenhagen, ed è tanto più singolare in quanto che la donna partorì naturalmente, e felicemente. La medesima fu ammessa nello Spedale di Copenhagen il* 13. *Settembre del* 1817. *Il tumore era formato dall' utero gravido, situato all' inguinaglia destra, del volume presso a poco dell' utero nel settimo mese, e cuopriva la coscia del medesimo lato fino al ginocchio; era elastico, non doloroso, e lasciava sentire dentro di se una fluttuazione manifesta. Il Prof.* Thal *valutò il peso circa* 15 *libbre. La malata assicurava di sentire nel tumore i movimenti come nelle quattro antecedenti, e regolari gravidanze, ed una donna, destinata alla dilei assistenza, diceva essa pure avere sentito questi movimenti ogni mattina, ed il Prof.* Withesen *asseriva aver sentito distintamente dei moti*

(*) *Le quattro precedenti questioni sono, per vero dire, tali che debbono molto imbarazzare il Dott.* John King, *il quale sembra ancora a me poter aver preso un abbaglio; ma non hanno poi luogo in altri casi di gravidanze ventrali, delle quali si parlerà nell' appendice XXXVI, della di cui esistenza non si può dubitare al pari di questa sulla quale muove dubbio l' Autore.*

intestini analoghi a quelli di un feto ed altrettanto era accaduto al Sig. Hahn. *Nella notte del* 30 *Settembre era stillato dalla vagina molto umore acquoso, inodoro (senza essere stato preceduto, accompagnato, o susseguito da dolore) il che aveva fatto scemare il senso di tensione ed il volume del tumore. Col dito, introdotto nella vagina, non riconobbi mutazione alcuna nello stato dell' utero; ma esaminando la superficie esterna del tumore, credetti distinguere una massa resistente, analoga al corpo di un feto, sebbene, tasteggiandolo con le mani fredde, il tumore non abbia presentato movimento spontaneo. Nella mattina del* 2. *Ottobre, l' inferma, provò nel tumore fieri dolori intermittenti, ed accompagnati da sforzi analoghi a quelli del travaglio del parto, nell' atto stesso che nel tumore scorgevansi delle contrazioni non dissimili dalle contrazioni, uterine. La donna fu portata nell' ospizio delle puerpere a sei ore. Nell' esame del collo dell' utero si riconobbe che aveva un pollice e mezzo di larghezza all' incirca; ed avendo insinuato il dito, si distinse al disotto del margine osseo della pelvi una porzione di sommità del capo del feto, ed un ora dopo, sentii la testa, e di più il cordone ombellicale. Quantunque i dolori persistessero con forza e regolarità, il travaglio del parto non progrediva, le acque non colarono in maggior copia che nel giorno antecedente, e la vagina conteneva poco mucco sanguigno. A ore* 10 *rividdi l' inferma con i Professori* Fenger, Thal e Bang, *il collo dell' utero, era più dilatato; la testa del feto scesa maggiormente nel diametro superiore della pelvi; la cute del capo cominciava a tumefarsi, ed una gran porzione del cordone ombellicale era caduta nella vagina. Un ora dopo mezzo giorno, dolori più blandi; testa del feto ben situata più avanzata nel diametro superiore, ma ancora discosta dall' orifizio dell' utero, il quale non era che di poco dilatato — A cinque ore, i dolori continuavano, la testa un pò più avanzata verso il collo che proseguiva a dilatarsi — A otto ore, il collo era perfettamente assottigliato, la testa del feto entrata nel bacino, e la violenza delle contrazioni la spiugevano per gradi nel diametro inferiore, sicchè la donna, per le sole forze della natura verso le nove ore si sgravò di una bambina morta, lunga diciotto pollici, che pesava cinque libbre e mezzo, ed il di cui capo dal mento all'*

occipite aveva cinque pollici e mezzo di diametro. Le unghie delle dita dei piedi, e delle mani erano imperfettamente sviluppate: tutte le altre membra, ed il corpo aveano la forma di un feto ben conformato.

„ *Uscito il feto, il tumore nel quale era stato contenuto scemò di volume, non discendeva più tanto in basso, e si poteva rialzare verso il ventre. Avendo aspettato invano per tre quarti d' ora l' espulsione spontanea della placenta, giudicai conveniente di portare la mano nell' utero, ed estrarnela, il che otteuni senza indurre emorragia. Il tumore, che riconobbi formato dall' utero, ritenne presso a poco lo stesso volume e la stessa forma, che aveva dopo l' uscita del feto. Avviluppato il ventre con una larga fascia, mediante la quale sollevai il tumore, onde impedire che non cadesse verso la coscia, e dati alcuni cordiali alla puerpera la feci riporre in letto.*

„ *Il parto non ebbe triste conseguenze, le forze ritornarono prestamente, ed il* 23 *di Ottobre (venti giorni dopo il parto) la donna tornò a casa in vettura, perfettamente ristabilita. Una gran parte dell' utero restava ancora fuori del ventre, e formava un' ernia, alla quale eravi unita una cisti ripiena di fluido, che si lasciava distinguere al tatto. A quest' epoca più chiaramente scuoprivasi che l' utero non era uscito da un apertura naturale, ma che passava attraverso le fibre dei muscoli addominali* (Nova acta Regiae Societatis Hauniensis Vol. I. ed Annali Universali del Dott. Omodei Vol. XIII.).

Utero fuori di sito per lacerazione dei legamenti
(Vedi nota del *Traduttore* pag. 57.)

Questo caso che può appartenere ancora alla quinta specie della Dystocia laceratoria (Ordine IX. pag. 99.) *fu pubblicato in Arezzo nel* 1791. *unitamente ad altri casi ostetrici dal Chirurgo* Pietro Cagnacci.

= *Maria Bajocchi di Chiusi era da qualche giorno in travaglio di parto, giunto a maturità, quando chiamato* Cagnacci *a visitarla trovò che il tumore del ventre era tutto dal destro lato, molto pendente e quasi rovesciato sull' articolo addominale corrispondente. I polsi della malata erano piccoli e frequenti; i dolori acuti, e fissi nell' ipogastro, dalche fu argomentato l' infiammazione dell' utero. Dopo poche ore si ruppero*

le membrane, e si potè riconoscere che si presentava una mano del feto all' orifizio dell' utero, la di cui obliquità era manifestissima. Fu risoluto fare il rivolgimento per i piedi, e posta la donna nella conveniente situazione fu tentato d' introdurre la mano; ma sebbene lo stato di contrazione dell' utero fosse poco notabile, la introduzione non fu permessa a motivo di una durezza che si estendeva a tutta la circonferenza del collo medesimo. Il Dott. Bottari, *e quindi il Chirurgo* Landi *ripeterono il tentativo, onde vedere se per le condizioni della mano, o per qualunque altra circostanza fosse stato possibile penetrare nell' utero. Riuscita inutile qualunque pratica, fu risoluto venire all' operazione cesarea, quale però non ebbe effetto attesi i sintomi ognor più crescenti dell' infiammazione dell' utero, la quale in breve tolse di vita la paziente. Al feto erano state di già date le acque battesimali sotto condizione. Prima di venire all' apertura del cadavere si tentò dai tre nominati Signori nuovamente l' introduzione della mano entro dell' utero, ma ancor questa volta senza effetto. Si venne di poi alla incisione del ventre, mostruosamente tumefatto non tanto dal volume dall' utero, quanto dalla quantità dei gas sviluppati entro del medesimo. L' utero era situato in guisa che una gran parte del medesimo usciva fuori della pelvi, scendendo dal disopra delle ossa del pube verso la coscia destra, sulla quale trovavasi pendente una porzione del legamento largo sinistro, strappato dal suo attacco, e così la faccia posteriore dell' utero corrispondeva alla parte sinistra della parete addominale anteriore della pregnante. Il feto era situato in guisa che le natiche ed i piedi restavano fuori della pelvi, il braccio destro verso il collo dell' utero, sopra del quale erano ancora le spalle, e la testa del feto medesimo. L' orifizio poi dell' utero era situato nell' escavazione sacro-iliaca destra. Tolto di sito il feto colle di lui appartenenze, si volle tentare nuovamente dal Dott.* Bottari, *come quello che aveva la mano più piccola degli altri due, l' introduzione della mano entro dell' utero, ma non fu possibile superare l' ostacolo che presentava la durezza scirrosa che si estendeva all' intorno del* muso di tinca. *L' utero e la placenta erano passati all' ultimo grado dell' infiammazione, e nel feto esistevano indizj di putrefazione.*

Pensa l'autore di questa memoria che la lacerazione del legamento largo abbia avuto luogo a motivo dei gravi pesi, che la donna fu costretta portare sul dorso durante la gravidanza. Quanto a me pare che queste cause possano aver dato luogo all' obbliquità dell' utero, ed al rilasciamento dei legamenti, ma che la lacerazione non debba aver avuto luogo prima degli sforzi più violenti per partorire, un poco innanzi la morte della paziente, e probabilmente dopo incominciato il processo inflammatorio.

Appendice XV.

Caso di presentazione del braccio rimesso in sito, facendo invece presentare la testa
(Vedi pag. 69.)

Nell' Aprile 1805 assisteva Mrs. *Rotherham* donna di pelvi molto stretta, che giunta all' ottavo mese della gravidanza, dopo poche doglie ebbe lo scolo delle acque, ed uscì dall' utero il braccio del feto. Io introdussi la mano con la veduta di prendere i piedi: ma non potei arrivarli. Trovai bensì che io poteva rimettere il braccio, e che in tal guisa si sarebbe presentata la testa impegnandosi nello stretto superiore. Il braccio fu rimesso alle ore due pomeridiane, e fino alle ore sei non ricomparvero le doglie; a quest epoca però divennero fortissime, e tra le otto, e le nove venne alla luce il feto, che fu il primo, dopo sei parti, che *Mrs. R.* avesse il piacere di veder nascere vivo. *Vedi la nota all' Appendice XVII.*

Un caso simile mi fu riferito dal fu Mr. *Newby* di Poland Street, e lo stesso può vedersi nel caso 32 del *System of Midwifery di Spence*.

Appendice XVI.

Sospensione delle contrazioni dell' utero a cagione del Laudano. (Vedi pag. 74.)

Il Dr. *Atkinson* Ostetrico dell' *Istituto di Beneficenza per soccorrere le povere donne maritate, che partoriscono nella propria abitazione*, mi parlava di un Ostetrico che soleva dare molta quantità di Laudano per diminuire la rapida successione degli sforzi dell' utero e

la irritabilità del medesimo, quando queste servivano ad esso di ostacolo per il rivolgimento del feto, nei casi di presentazione del braccio, e che ne otteneva il desiderato fine. L' utero però restava in uno stato di torpore tale, che non si contraeva dipoi per espellere la placenta, all' estrazione manuale della quale sopraggiungeva dipoi l' emorragia. Tale era inoltre la perdita di tonicità dell' utero, che non vi era mezzo di eccitare nuovamente le contrazioni, e che la paziente restava svenuta e moriva per la perdita del sangue.

Io ho creduto utile l' esposizione di un tal fatto per fare conoscere la necessità di esser cauti: ma non ne viene per questo che debba esser rigettata una pratica che, seguita con criterio, non ha mancato di essere utile.

Appendice XVII.

Azione violenta o impetuosa dell' utero.

(Vedi pag. 76.)

Una povera donna assistita dalla levatrice dei miserabili entrando in parto il 28 Luglio 1812 ebbe nella stessa sera lo scolo delle acque. Cessate dopo questo le doglie fu abbandonata dalla levatrice, senza avere esaminato la paziente, per tutta la notte. Al ricomparire di fortissime doglie nella seguente mattina fu riconosciuta la discesa del braccio. Il soprintendente dell' Istituto di Carità tentò di fare il rivolgimento del feto, ma gli fu impedito d' introdurre la mano dalle violente contrazioni dell' utero. Non volle tuttavia desistere dall' impresa, finchè dopo molte ore d' inutili tentativi fu costretto a cedere alle violenti contrazioni dell' utero. Si pensò allora a disarticolare il braccio, al che si venne, dopo qualche esame su tale operazione: ma senza alcun buon effetto (*). A tre ore pomeridiane si mandò per un altro ostetrico, e così si stabilì di lasciare in riposo la paziente fintantochè questi arrivasse; le fu dato perciò il Laudano alla dose di venti goccie, e nelle quattro ore circa di tempo che impiegò

(*) *Qual mai buon successo poteva sperarsi da quest' avanzo di barbarismo! Godo che l' autore l' abbia riferito ad istruzione dei giovani, sebbene sia poco onorevole all' arte. Del resto nei casi di presentazione del*

il terzo assistente per giungere a casa della malata, questa prese sonno, e restò libera dalle doglie. L'ostetrico sopracchiamato, credè che si sarebbe potuto introdurre la mano, e collocata la paziente su i ginocchi e su i gomiti, eseguì il rivolgimento, e l'estrazione del feto con maggior facilità di quello che avrebbe creduto. La cagione di questo felice successo è però ben facile ad intendersi; esso non fu dovuto alla maggiore abilità dell'operatore: ma allo stato di lassezza, nel quale era caduta la donna, dopo la cessazione dell'applicazione degli stimoli. Il ristabilimento ebbe luogo senza molta difficoltà.

Il caso 15 dell'Ostetricia di *Dease* (1783) dà una bella esposizione 1.° dell'inconveniente di dilazionare l'introduzione della mano finchè sieno rotte le acque; 2.° di quello del fare degli sforzi sul braccio durante le vigorose contrazioni dell'utero. (*Vedi Appendice XIX. Caso II.*).

Appendice XVIII

Presentazione del dorso (**Vedi pag. 81.**)
Caso comunicato.

„ Assistendo al terzo parto di Mrs. G. il dì 5 Aprile 1820 seppi che nella stessa mattina era stata svegliata dallo scolo delle acque alle quali erano sopraggiunte delle lente doglie fino al momento che mi portai in sua casa (ore undici). Nel primo esame non poteva sentire l'orifizio dell'utero, che dipoi rinvenni dilatato per l'estensione di circa nove linee di diametro, rigido e non cedevole. Sebbene le doglie non fossero forti, e si trattasse del primo periodo del parto, io potei, scorrendo il dito verso il lato sinistro della madre, sentire distintamente i processi spinosi delle vertebre del feto. L'orifizio dell'utero non essendo in stato da permettere l'introduzione della mano stabilii di temporeggiare: ma le doglie si mantennero sempre leggiere. Verso la sera l'utero si dilatò

---

braccio bisogna sempre cercare di prendere i piedi, e quando ciò non riuscisse, procurare di prendere le natiche col soccorso; quando fosse necessario, dell'uncino smussato, come fa recentemente osservare il Sig. Guerra (*Mem. dell'Istituto di Treviso Vol. III.*) *comprovando la teoria con molti casi felicemente terminati.*

alquanto, sebbene le doglie fossero comparativamente deboli. Alle ore due dopo la mezza notte, trovando l'utero in uno stato di maggior rialasciamento, determinai di effettuare il parto, lo che fu fatto senza molta difficoltà, comparativamente allo stato di contrazione dell' utero sul corpo del feto, maggiore di quello, che suole essere generalmente dopo lo scolo delle acque. Il feto nacque vivente, e la madre è in ottimo stato di salute. Io non saprei dare un esposizione più esatta del caso, ma penso nello stesso tempo, che questa presentazione possa esser considerata come un caso raro, non essendomisi presentato in venti anni di pratica, e sarei inclinato a credere che se la pelvi fosse stata un poco più larga, e le doglie più forti, sarebbe terminato con un parto per le natiche =

Nei casi di Ostetrica di *Perfect* (Caso LI) Si riferisce un fatto analogo, e si citano altri autori i quali parlano di presentazione del dorso, quantunque sia chiaro che eglino non hanno mai veduto tali casi. I seguenti si trovano nelle raccolte di casi di *Giffard* 71. e 142. e di *Portal* 59. e 72.

APPENDICE XIX.

PRESENTAZIONE DEL FUNICOLO OMBELLICALE
(Vedi pag. 83)

CASO I. Dopo ripetuti esami che io faceva inutilmente dello stato del parto della moglie di un ostetrico, nel settembre del 1819, pregnante per la settima volta, finalmente riconobbi che il funicolo precedeva la testa: ma, siccome non erano rotte le membrane, era cosa dubbia se convenisse fare il parto per i piedi, come quello atto a procurare la vita del feto.

Per determinarsi a questo rivolgimento restavano a farsi le seguenti considerazioni. Quando questa Signora ebbe un parto per le natiche, fu impossibile portare la testa del feto nella pelvi con quella celerità necessaria a salvarlo. In un altro parto, presentandosi la mano, fu fatto il rivolgimento, e sebbene dopo molte difficolta si riuscisse, a far respirare il feto, mai si ristabilì perfettamente, e dopo due giorni morì convulso. Poco perciò si sperava nel resultato del rivolgimento.

Un esatto esame della situazione relativa del funicolo e della testa del feto ci fece conoscere che il funicolo era

disceso dalla parte posteriore della pelvi nella direzione della sincondrosi sacro-iliaca destra, ove era meno compresso che in qualunque altra parte della pelvi. Fu stabilito perciò di lasciare il parto senza intervento dell' arte finchè si fossero rotte spontaneamente le membrane, e di accelerare allora, la nascita del feto, più che fosse possibile, con la compressione del perineo, durante le doglie, col tirare il funicolo verso il lato della pelvi per evitarne la compressione, e col terminare il parto mediante il forcipe, quando si trovasse un ritardo nel passaggio della testa.

Dopo pochi dolori si ruppero le acque, la testa scese in basso della pelvi, il funicolo fu preservato dalla compressione; e non vi fu bisogno del forcipe. Il feto nacque asfitico: ma siccome erano in pronto, e furono tosto messi in uso tutti i mezzi per ravvivarlo, si ottenne la respirazione, ed è al presente un bel ragazzo.

CASO II. *Estratto da una copia MS. delle lezioni del* Dott. Harvie.

= Nel caso che una piccola piega del funicolo ombellicale scenda in basso prima della testa, voi potete farla scorrere in alto portandola con il dito sopra l' orecchio, e la testa spingendosi allora in basso scenderà prima del cordone: ma se ne scendesse una gran porzione, voi non potete giammai rimetterlo. onde, se la pelvi è ben conformata, si dee far prontamente il rivolgimento del feto, per l piedi, prima che abbiano luogo le contrazioni dell' utero, perchè quando queste esistono, e si presenta la testa non conviene azzardare il rivolgimento, cosa che fui obbligato a fare contro la mia intenzione, in una donna accostumata a questa operazione, e che la dimandava con insistenza. Il resultato fu che, nella violenza che necessariamente si dovè fare, l' utero si lacerò, e ne venne prontamente la morte. La paziente si lamentò di mal di cuore fino al momento della morte. =

Questo caso presenta un altra prova del pericolo, dell' introduzione della mano nell' utero, quando esistono delle contrazioni, ed una tale operazione sembra che, nel caso di contrazioni dell' utero, dovesse essere tanto meno intrapresa, in quanto che si sa che allora è ben poca la probabilità di salvare il feto, e che perciò fosse posta in cimento la vita della madre con poca speranza per quella del figlio.

APPENDICE XX.

NASCITE DI PIU' FETI AD UN PARTO (Vedi pag. 91.)

Sembra che nella somma proporzionale delle nascite dei gemelli, o trigemelli vi sia una straordinaria diversità tra i differenti paesi, e nelle differenti circostanze, così il rapporto delle nascite dei gemelli è stato stabilito:

Dal Dott. *Clarke* nella Maternità di Dublino come	1 a	56 ½
Dal Dott. *Bland* nel dispensatorio di Westminster	1	80
Dal Prof. *Boer* nella Maternità di Vienna	1	80
Dal Dott. *Denman* nel British Hospital	1	91
- - - - nello spedale di Middlesex	1	93
Da Mr. *Burns* nella sua propria pratica	1	95
Da Madama *Boivin* all' Hospice de la Maternitè	1	132
Da M. *Tenon* Chirurgo alla Salpetrière di Parigi	1	96

Relativamente alle nascite di tre il rapporto è ancora molto più vario. Alcuni Ostetrici di estesissima pratica sono giunti al termine di una lunga vita, senza esserne stati mai testimoni. Il Dott. *Bland* dietro un esattissimo registro delle 1,897 donne, che partorirono a spese del Dispensatorio generale di Westminster, ve ne contò un solo caso. Quando io era ostetrico dello stesso Istituto in 1, 600 ebbi due parti di tre fanciulli. Tra le prime 18, 300 donne che partorirono nel British Lying -- in Hospital non accadde un solo parto di tre feti: mentre ve ne furono tre casi nell' ospizio della Maternità di Parigi tra 20,357, e 19 tra 59,354 donne che partorirono all' ospizio di Maternità di Dublino, ossia 1. in 3,124.

E ben raro il poter calcolare la proporzione delle nascite di quattro figli a quelle di un solo, sebbene si conosca che tali casi sono accaduti; e vi sono poi alcune poche storie autentiche di nascite di cinque figli ad un parto (*Philosophical Transactions*, 1787) Il Dott. *Osborn* dice di essere stato testimone dell' aborto di sei concezioni ad un tempo, e *Borelli* dice che, circa quattro anni avanti che pubblicasse la sua seconda centuria d' osservazioni, la moglie di un gentiluomo, di Linguadoca partorì otto

figli ad un tempo (Uxor nobilis D. Darre unico puerperio octo foetus enixa est probe conformatos, quod valde in his regionibus insolens est: tres enim tantum vitales simul enixos videram). *Haller* dice su questo proposito = Non raro foemina geminos foetus parit; rarius paulo tres, neque unquam supra quinque = *Physiologia* pag. 929

Non ostante le replicate ricerche, sono scorsi molti anni prima che mi potessi incontrare con un caso autentico della nascita di tre figli, che fossero suscettibili di essere allevati, di modo che cominciava a dubitare veramente del fatto. La seguente istoria però, per quanto particolare non può revocarsi in dubbio.

= E stato calcolato che una donna soltanto in settemila abbia tre feti ad un parto, e che non vi sia un caso tra settantamila nascite di tre figli ad un parto, che sieno cresciuti tutti, forti e robusti fino all' età di venti anni. Un caso rimarcabile nuovo in ambedue i rapporti è quello recentemente comunicato. Maria moglie di Roberto Baker vetturale a Streatham nella contea di Surrey, partorì nell' undici Decembre 1796 nello stesso tempo un bambino e due bambine. Questi figli crebbero assai bene, hanno acquistato forza e vigore, e sono attualmente tutti viventi, avendo nello scorso giovedì compito il ventesimo primo anno. Il padre e la madre sono egualmente viventi ed in ottimo stato di salute = (*Morning Chronicle*. *December* 13, 1717,).

Nel *Menagiana* (Amsterdam 1713, 4 Tom. in 18.°) Tom. I. pag. 332, si riporta un caso straordinario di fecondità umana, il quale se non persuade, è almeno divertente (*). E *Menage* stesso che parla. = Il Sig. D... mi disse l'altro ieri che la moglie, di un piccolo bottegajo, nelle sue vicinanze, chiamato Blunet, aveva avuto figliuoli ventuno in sette successivi parti; che questi terzetti di figli erano stati non solo battezzati, ma che avevano vissuto alcuni giorni; qualcuno di essi alcuni mesi, e che dodici dei più robusti, erano tuttora viventi, bene sviluppati ed in ottimo stato di salute. = Questo patriarca Parigino però è un nulla in paragone del mirabile Russo

(*) *E appunto come tale che si riporta, nella traduzione. Anche nell' opere di* Mauriceau, *se ne legge un altro più incredibile, e che diverte meno* (*Il parto di* 365 *figli*).

del quale si parla nel *Gentleman's Magazine*. *September* 1783. Vol. 53. pag. 753. = Quest'uomo, Foeder Wassilief, contadino in età di anni 75 si dice avere avuto dalla prima moglie quattro volte, quattro figli ad un parto, sette volte tre, sedici volte due, così che in ventisette nascite ebbe sessantanove figli; dalla seconda moglie sei volte due, e due volte tre, cioè diciotto figli in otto parti. Dunque 87 figli in 35 nascite. Di questi 84 sono viventi, e tre soli nella tomba =

La sopraesposta relazione, quantunque capace di sbalordire, venne rimessa da un mercante Inglese, dimorante in Pietroburgo, ai suoi parenti in Inghilterra, aggiungendo che il contadino era stato presentato all'Imperatrice, e la lettera è del 13 Agosto 1782, epoca in cui il contadino viveva nel Governo di Mosca.

Io non ho mezzi per conoscere a quale estensione possa giungere la pluralità delle nascite tra gli animali generalmente unipari: ma trovo in un manoscritto appartenente al Dott. *Garthshore* nel quale si dice esserli stato comunicato da *Mr. Webb*, che una delle sue pecore in Surrey aveva partorito in un anno sette agnelli, e quattro nell'anno successivo (1790) due dei quali erano viventi.

Appendice XXI.

Lacerazione del Perineo (Vedi pag. 92.)

Il Dott. *Deman*, Cap. 2. Sect. 7. parla di una special sorta di lacerazione, che chiama perforazione, o strappamento del perineo, cioè di una fenditura trasversa della detta parte, limitata alla parte posteriore dallo sfintere dell'ano ed in quella anteriore dalla commessura inferiore delle labbra, restando sane ambedue queste parti. Un caso di tal fatta fu da me osservato il 26 Maggio 1816, Era una primipara, l'orifizio dell'utero della quale fu trovato nel primo esame dilatato all'estensione di circa otto linee, e le membrane avevano incominciato a formare il cono, e poco più d'un ora dopo si ruppero. Nei rapidi progressi del parto il perineo restò molto disteso dalla testa del feto che era spinta in basso, ed allora si pensò a sostenere il perineo. Mentre questo facevasi dall' ostetrico, esso sentì una gran protuberanza verso la parte posteriore, che da principio pensò essere l'intestino retto, ma dipoi riconobbe essere il naso del feto, del quale

sentì immediatamente dopo la bocca fuori dei tegumenti. Sopraggiunse allora una forte doglia, e tutta la testa, quindi le spalle ed il resto del corpo del feto fu spinto per la detta apertura. Fu legato, e reciso il cordone e riposto nella vagina, estraendo la placenta per le vie naturali. Nel seguente giorno, siccome i polsi si mostravano pieni le fu levato sangue e dato qualche apritivo ec., e ben presto si ristabilì. Io, che la visitai nel nono giorno dopo il parto, la trovai libera di febbre, con il petto pieno di latte, e tranquilla di spirito; L'ano, ed il bordo anteriore del perineo non erano offesi, e nella superfice della ferita comparivano le granulazioni per la cicatrizzazione. Nel Marzo 1810 seppi che la paziente era in perfetto stato di salute, e che non era stata più gravida.

Baudelocque parla di due casi analoghi. (T. 1. §. 152)

Appendice XXII.

Rottura dell' utero. (Vedi pag. 96.)

Estratto della storia data dal Dott. Bromfield *al Dott.* Addington.

„ Mrs. Hawley, dopo dieci giorni che era venuta a Londra per esser curata da un' affezione spasmodica insorta durante la gravidanza, nella sera del 25 Novembre 1783 le si ruppero le membrane, e le sopraggiunsero le doglie. Sebbene la testa fosse appena entrata nello stretto superiore della pelvi, riconobbi che la presentazione era naturale. Coll' aumento delle doglie gradatamente scendeva la testa, ed alle due ore dopo la mezza notte era discesa così in basso, che i tegumenti della testa erano a contatto con il perineo, ed aumentandosi ancor più i dolori io pensava, che avrebbe partorito a capo di un'altra mezz'ora; Tutto ad un tratto la paziente gettò un grido straordinario, e dimandata della ragione, rispose provare un tal crampo nell' ombellico, da dover morire se fosse continuato. Venne il vomito, e due o tre minuti dopo cessarono i dolori del parto. Sospettai la rottura dell'utero, che riconobbi con certezza, non sentendo più il feto nella vagina.

„ Procurai di far conoscere il caso alla paziente nel miglior modo che potei, e feci chiamare i Dottori *Ford*, *Orme*, *Osborne*, *Garthshore*, e l' eccellente anatomico

Mr. *John Hunter*. Dopo l' esplorazione fatta dal Dottor *Ford*, tutti gli altri che stavano nell'anticamera considerarono il caso come spaventevole ed irrimediabile. Non sentendosi i movimenti del feto si giudicò morto; ma non essendo cosa certa, si stabilì nel consulto di far liberare dal medesimo la donna; Io eseguii l'operazione tra le ore dieci e le undici della mattina del 26 con tutta la possibile attenzione in presenza del Dott. *Ford*.

„ Introducendo la mia mano per la vagina scuoprii immediatamente una lacerazione trasversale nella parte posteriore dell'utero, corrispondente alla prominenza dell'osso sacro, per la quale le natiche ed il corpo del feto erano passati nell' addome, ed avevano portato la testa, ma non del tutto, fuori della pelvi. La testa fu la prima a presentarmisi quando introdussi la mano nell'apertura, formata dalla lacerazione dell' utero, ma oltrepassandola cercai in alto i piedi, e portai fuori con facilità un maschio bene sviluppato con segni di morte accaduta da qualche tempo.

„ Mrs. Hawley perdè pochissimo sangue avanti, e dopo il parto; vomitò soltanto nel tempo dello spasmo, non ebbe mai convulsioni, nè rigori di freddo; si mantenne calda con polso sufficientemente pieno per circa sette ore: ma alle ore otto della sera divenne debole, e fredde si fecero le estremità, dal che si prese pessimo augurio. Ritornò dipoi il calore, si rialzò il polso, la respirazione però era corta, e spasmodica, e nella sera del 27 morì. „

Appendice XXIII.

EMORRAGIA ACCIDENTALE. (Vedi pag. 106)

Caso I. Il 13 Aprile 1810 mi portai a visitare Mrs. Orme, madre di dieci figli, abbattuta per una profusa emorragia sopraggiuntale al termine della gravidanza. Prima che arrivassi alla di lei abitazione era più volte caduta in deliquio, ed era pallida, fredda e senza pulsazioni al carpo. Le diedi sul momento un poco di vino di Porto, allungato con acqua, per il quale si rinvenne alquanto. L'orifizio dell'utero, aperto per circa sette linee di diametro, era suscettibile di maggior dilatazione; si sentiva la testa del feto, ed era sceso piuttosto in basso. Non vi sarebbero state difficoltà per fare il rivolgimento: ma credei che la rottura delle membrane avrebbe prodotto lo

stesso buono effetto. Irritando in prima l'orifizio dell' utero per eccitare qualche doglia, ruppi subito le membrane, per il che scolò molta quantità di acqua, e cessò l'emorragia. Le doglie si ravvivarono, durante le quali cercai di sostenere il perineo, ed in meno di mezz' ora diede alla luce un feto morto. Dopo di questo venne fuora una quantità di coaguli da riempire un largo bacino, e di poi la placenta. Si crede che la cagione di tale accidente fosse una indigestione, perchè per altro lato la paziente aveva fatto di tutto, onde prevenire questo caso. Essa era in letto allorchè sopraggiunse l'emorragia, ed i primi sintomi furono un crampo all'ombellico, e dei movimenti convulsivi del feto, che poco dopo cessarono, mentre il sangue aveva cominciato a fluire. Il ristabilimento della malata fu felicissimo.

CASO II. Una povera donna, al nono mese della gravidanza, nell' atto d' inalzare un vaso di acqua, sentì uno scarico abondante, che credè essere le acque. Dall' accorgersi però che era sangue, e dalla profusa quantità del medesimo cadde svenuta, ed i vicini, che accorsero al romore, la crederono morta. Rinvenuta alquanto, fu posta in letto. Io la trovai nell' atto che rinveniva dopo un secondo svenimento; il polso appena si sentiva, ed il di lei aspetto era squallido. Le fu dato un poco di vino allungato con acqua, che dopo poco tempo la ravvivò alquanto, e parve che l'avere avuto ricorso ai soliti mezzi di sopprimere l'emorragia, le avesse giovato; pure ricomparendo di tempo in tempo con violenza, fu necessario fare qualche cosa di più per assicurare la vita della paziente. Comparivano di quando in quando delle deboli doglie, e l'utero era aperto, e rilasciato. Mi determinai perciò a rompere le membrane nel tempo di una doglia, che risvegliai irritando l'orifizio dell' utero. La donna parve ricevere all'istante una nuova vita, il polso si fece più resistente, le forze maggiori, essendo cessata immediatamente l'emmorragia. Le doglie divennero più efficaci, ed in poco più di un' ora partorì un feto morto. Il ristabilimento della puerpera fu lento non tanto per la perdita del sangue quanto per la sua miseria.

APPENDICE XXIV.

EMORRAGIA INEVITABILE. (Vedi pag. 110)

CASO I. Anna Williams di anni 22. gravida per la prima volta fu presa da leggiera emorragia nel 25 Marzo,

la quale durò quattro giorni, e dipoi cessò spontaneamente. A capo di 15 giorni ritornò per tre o quattro giorni più, e nella stessa guisa ricomparve successivamente fino alla fine di Aprile. Il 16 Maggio ebbe un altro attacco con scariche. L'ostetrico esaminando l'orifizio dell'utero lo trovò rigido e serrato in modo da non potervi introdurre un dito. Dallo stato di durezza che presentava la parte posteriore del collo dell'utero sospettò che la placenta fosse aderente sopra della medesima. Furono per il momento adottati i mezzi consueti per arrestare l'emorragia. La malata continuò ad avere giornalmente qualche leggiera perdita; ma la levatrice non se ne allarmò fino al 7 Giugno, epoca nella quale, essendo divenuta profusa, fu chiamato nuovamente l'ostetrico, il quale trovando la paziente sommamente debole ed abbattuta fece immediatamente l'operazione. Nel togliere dalla vagina i molti coaguli trovò, che l'orifizio dell'utero era molto in alto, e che la placenta era impiantata sopra del medesimo. Il sangue continuava a fluire profusamente, ed il polso era quasi impercettibile. La mano fu introdotta con poca difficoltà, e trovati i piedi del feto (*), furono portati in basso. Giunta la testa del feto nella cavità della pelvi, si trovò esser troppo voluminosa per farne prontamente la estrazione, ed il feto perdè la vita in conseguenza della compressione del funicolo. Se questo non fosse stato il primo figlio, forse si sarebbe salvato. Dopo introdotta la mano, la perdita del sangue fu piccolissima: tuttavia gli effetti della debolezza furono allarmanti: ma finalmente si ristabilì.

Caso II. Mrs. J—, tra il settimo e l'ottavo mese della sua nona gravidanza, ebbe qualche leggiera emorragia, che cessò, nè ricomparve fino al termine dell'ottavo mese. A quest'epoca fu così profusa che la paziente mandò per l'Ostetrico, il quale dopo avere esaminata la parte, concluse che il corpo grosso e resistente frapposto tra le sue dita e la testa del feto, fosse la placenta aderente al collo dell'utero. Fu impiegato ogni mezzo per

(*) *L'Autore non ha qui indicato se fu forata la placenta, o no (vedi pag. 111): ma è presumibile che la mano s'insinuasse, rompendo le membrane presso l'orlo della medesima, in prossimità dell'orifizio dell'utero.*

arrestare l'emorragia, e scorsero alqnanti giorni senza alcun motivo di allarme. Il 26 di Gennajo però ricominciò l'emorragia con gran violenza, e fu subito mandato a chiamare l'ostetrico. L'orifizio dell'utero era in uno stato da garantire ogni tentativo per il parto; perciò fu introdotta la mano, fatto il rivolgimento del feto con poca difficoltà, ed estratto fuori vivente. L'emorragia, contro il consueto, si prolungò per molto tempo dopo il parto, ed in conseguenza il puerperio fu lungo e penoso. Questa fu una di quelle pazienti, che soffrì un attacco di *phlemmatia dolens puerperarum*.

Caso III. Mrs. Mason, gravida per la prima volta, incominciò ad avere una leggiera scarica di sangue dalla vagina, che si aumentò a proporzione, che essa si avvicinava al pieno termine. Il suo ostetrico, visitandola il 15 Maggio, non ritrovò alcuna causa di questo disordine. Nella stessa sera, essendo divenuta l'emorragia più profusa, andò in letto, e così fu arrestata la perdita. Il dì 16 ritornò, e durante il giorno, fu di tanto in tanto profusa, e nella veniente notte continuò senza intermissione. Essa desiderava di esser subito visitata dall'ostetrico, ma per consiglio di una chiacchierona, che intimorì la pregnante, e cercò di assicurarla, che vi era tempo di ricorrere al chirurgo quando sopraggiungevano le doglie, fu dilazionata la spedizione per il medesimo. La mattina del 17 essendo caduta in una debolezza, ed allarmante svenimento, fu spedito in fretta per l'ostetrico, il di cui arrivo, sebbene prontissimo, non fu però in tempo, perchè la trovò morta. Nell'esame del cadavere si trovò la posizione della placenta, e quella del feto esattamente simile a quella rappresentata nella Tavola XII. del Dott. *Hunter*.

Appendice XXV.

EMORRAGIA DOPO IL PARTO, CURATA COLLA REMOZIONE DEI COAGULI (Ved. pag. 114)

Caso I. Il 3 Giugno 1798 Mrs. P. — di Bruton Street, in seguito di un breve travaglio del parto erasi liberata del suo sesto figliuolo, e della placenta; ma mezza ora dopo il parto, mentre l'ostetrico l'aveva lasciata, credendola libera da ogni pericolo, cadde in una sincope, e restò quasi priva di polso. Essendo riusciti inutili i mezzi ordinari per richiamarla in vita, e vedendo che

il ventre era enormemente gonfiato, fu dall' ostetrico introdotta la mano nella vagina e nell'utero, che si trovò pieno di coaguli. Estratti questi, gli svenimenti cominciarono a cedere: ma siccome la perdita del sangue aveva esaurito le di lei forze il ristabilimento fu dubbio e lento, sebbene finalmente completo.

CASO II. Il 15 Giugno 1808 Mrs. Price partorì felicemente il suo ottavo figlio, e dopo 15 minuti rese la placenta. Mezz' ora dopo, essendo caduta in uno svenimento, si mandò a richiamare l' ostetrico, e sebbene all' arrivo di questo fosse rinvenuta, pure dal di lei aspetto pallido, dagli sbadigli, dalla freddezza delle estremità, dalla debolezza del polso, e sopratutto dal volume del basso ventre, divenuto grande come avanti il parto, egli credè dovere introdurre la sua mano, e rimuovere dall' utero i coaguli, che erano più di una libbra e mezza; dopo di che sopraggiunse la contrazione, e cessò l' emorragia. Il ristabilimento della puerpera fu soltanto ritardato.

CASO III. Il 14 Agosto 1802 Mrs. M —, donna di delicata organizzazione, dopo aver partorito felicemente a capo di dodici ore di doglie il suo primo figlio, ebbe bisogno di qualche assistenza per rendere la seconda, e mezz' ora dopo cadde in deliquio, venendo fuori il sangue come un rapido ruscello. Introdotta però dall' ostetrico la mano, e liberato l'utero dai coaguli, dei quali era ripieno, ebbero luogo le contrazioni, e si arrestò l'emorragia.

CASO IV. Il 29 Novembre 1817 Mrs. B — aveva partorito il suo primo figlio dopo cinque ore di travaglio, ed espulsa naturalmente la placenta, accompagnata dal solito scarico. Dopo qualche tempo cadde in deliquio dal quale tanto più restò abbattuta, in quanto che rammentava il recente caso di una Signora morta per simile accidente. L' impiego dei soliti mezzi per farla rinvenire fu inutile. Vi era un costante scolo di sangue dall'utero, che manteneva lo stato di svenimento; il polso era debole, e dava 120 battute; i labbri bianchi; la fronte fredda, e la voce appena sensibile. Visitandola sei ore dopo il parto, trovai che il di lei utero aveva un volume eguale a quello che ha nel sesto mese della gravidanza. Estratti da questo viscere i coaguli che erano circa quattordici oncie; l' utero potè contrarsi, e la paziente ristabilirsi senza grandi difficoltà.

Caso V. Mrs. M---, madre di alcuni altri figli, dopo un travaglio prolungato al di là delle 24 ore fece un piccolo bambino, ed un quarto d'ora appresso restituì la placenta, piccola anch'essa. Due ore dopo cadde in abbattimento e languore estremo, e siccome l'ostetrico trovò che la paziente era carica di coperte di lana, rinchiusa dalle cortine, ed un calore oppressivo nella camera, procurò di rinfrescarla, e ventilarla: ma trovato inutile un tal compenso, cercò la causa di tali disordini nell'utero, e mezz'ora dopo la remozione dei coaguli, ogni cattivo sintoma era scomparso.

Appendice XXVI.

Inefficacia del zaffo nella vagina, mentre l'utero e' suscettibile di distensione (vedi pag. 114)

Caso I. Nell'Agosto del 1805 visitai una donna molto robusta, che dopo quaranta ore di travaglio era stata liberata per mezzo del forcipe, e che dopo l'estrazione della placenta soffriva un profuso scolo di sangue, per impedire il quale si era messo il zaffo con la massima accuratezza: ma sebbene non colasse al difuori alcuna goccia, si poteva ben conoscere dal crescente volume dell'addome, che si accumulava entro dell'utero, quale dava alla paziente pena, e mal'essere. Finalmente una forza espulsiva gettò fuori con gran violenza lo zaffo, e venne una profusa emorragia, che riempì il letto, e scorse sul pavimento, mentre la paziente cadde nel più allarmante abbandono. Allora fu introdotta una mano nell'utero, e dopo remossi i coaguli non vi furono altre perdite, nè allarmi.

Caso II. Mi è stato comunicato, da un rispettabile Ostetrico di Provincia, che una Signora giunta al termine totale della gestazione provò in una mattina un'allarmante emorragia, per arrestare la quale egli ebbe ricorso al zaffo, quale applicato con tutte le regole dell'arte, e con successo, disse alla paziente, ed agli amici che non vi era alcuna cosa da temere, e se ne partì per fare altre visite. Dopo aver consumato un qualche poco di tempo ritornò a visitare la paziente: ma nell'avvicinarsi alla di lei casa restò sorpreso di vederla chiusa in modo come se fosse morto qualcuno. Sebbene spaventato, picchiò alla porta, e seppe che, immediatamente dopo la sua parten-

za, erano sopraggiunti sintomi così allarmanti per i quali furono obbligati a chiamare un altro ostetr'co (quello che mi ha comunicato il fatto), e che in sostanza la donna era morta di emorragia, quantunque fosse stata tapponata in modo da averla giudicata fuori di ogni pericolo.

APPENDICE XXVII.

EFFETTI DELLE PREPARAZIONI OPPIATE NELLE EMORRAGIE UTERINE (vedi pag. 115)

(Estratto di una lettera del Sig. H. — 27 Febbrajo 1817).

Vi mando l'utero di una donna morta di emorragia 25 ore dopo il parto. Essa aveva messo alla luce altri figli, ed i di lei parti erano stati sempre lunghi e penosi. Due anni avanti la sua morte io l'aveva assistita in un caso di presentazione della placenta, che fu fatale per il feto, e molto pericoloso per la madre. Nel caso dell'ultima gravidanza aveva sofferto dei parossismi d'asma da spaventare; in uno di questi (avanti che terminasse l'ottavo mese) le si ruppero le membrane dell'amnios, e quattro giorni dopo che era entrata in parto, dietro una tregua di soli 20 minuti, ebbe un accesso di asma il più terribile, che io abbia giammai veduto. Il feto fu espulso in pochi minuti. Arrivando io dopo un'ora e mezza da che era quasi priva di vita, e perdendo sempre del sangue dall'utero, trovai che le contrazioni di questo erano somme, nulla ostante lo stato d'inanizione generale, senza che si presentasse la placenta. L'orifizio, e collo dell'utero erano serrati in guisa, che non si potevano introdurre le dita. Furono amministrate cinquanta goccie di Laudano, e ripetute dopo 15 minuti. Le doglie scomparvero: ma sopraggiunse nuova emorragia, che mi determinò d'introdurre la mano, nel che incontrai qualchè difficoltà. Provai in questo caso la mortificazione di trovarmi incapace di staccare la placenta, ad onta che restassi con la mano entro dell'utero per 20 minuti, impiegando ogni possibile diligenza; ritirai la medesima, vedendo cessata l'emorragia. La dose del Laudano fu ripetuta ogni 15 minuti, fintantochè la bottiglia che ne conteneva tre dramme, e mezza fu vuota,

e che la paziente disse di star bene, ma sentirsi assopita. Nel tempo che intraprendeva nuovo esame, e pensava a dimandare il parere di altro Chirurgo trovai la placenta discesa nella vagina (tre ore dopo il parto), e la cavai in pezzi. Per il corso di dodici ore successive, sembrava che la paziente si avanzasse nel ristabilimento, quando ad un tratto un vomito precipitoso la tolse di vita. =

Si vede da questo caso, che la profusa emorragia ebbe luogo in seguito di un prontissimo parto, dopo che la donna era indebolita da gravissima malattia; che l'emorragia fu l'effetto secondario dell'amministrazione dell'oppio. *Spence* nel 38 caso, parlando di una emorragia accaduta al termine della gravidanza, nella quale si ebbe ricorso ai rimedi rinfrescanti, ed al Laudano unito alla tintura *antiphthisica*, dice = A dispetto di tutte queste precauzioni la malata divenne sempre più debole, e circa le sei ore della sera cadde in un deliquio con leggiere convulsioni, e raffreddamento delle estremità. = Il parto, che fu effettuato un poco più tardi di quello che sarebbe convenuto, salvò la paziente: ma parmi certamente, che la esibizione del Laudano non fosse indicata.

Appendice XXVIII.

PARTO ACCOMPAGNATO DA CONVULSIONI (vedi pag. 127)

Caso I. Mrs. S—, in età di anni 29, di temperamento sanguigno, e ben nutrita, giunta al termine della sua prima gravidanza ebbe i primi sintomi del parto alle ore 9 della sera del 10 Maggio 1818. Visitandola circa sei ore appresso la trovai alzata, ed aveva un'apparenza di vivacità e di franchezza da farmi credere che il parto era ben poco avanzato, infatti l'orifizio dell'utero non era punto dilatato, neppure nel tempo della doglia. Non essendovi bisogno di fare alcuna cosa, la lasciai. Dormì allora un buon sonno ad intervalli determinati da leggiere doglie. Alla mattina del 19 fece tranquillamente la sua colazione con il tè, burro, e pane: ma alle dieci sopraggiunse una violenta convulsione, ed io trovai che aveva versato della spuma dalla bocca mescolata a del sangue escito dalle ferite della lingua, e lo stato vacillante dei denti mi convinse che si trattava di una di quelle convulsioni che *Sauvages* ha chiamata *Eclampsia par-*

turientium. Determinai di cavarle sangue: ma mentre il chirurgo legava il braccio sopravvenne un' altra convulsione. Tostochè fu finita si aprì la vena, e furono levate circa trenta oncie di sangue prima che si abbassassero i polsi, e divenisse pallida la faccia. Sebbene lo stato comatoso si prolunghi bene spesso a circa 20 e più minuti, in questo caso però fu più corto e più leggiero. Dopo l' emissione di sangue, fu rasata la testa, e vi furono applicate frequentemente delle lozioni fredde; fu data una polvere composta di calomelano, di solfato di potassa, e zucchero grasso, che posta sulla lingua degluttiva involontariamente, e fu messo un clistere purgativo. Esaminato nuovamente lo stato dell' orifizio dell' utero, io lo trovai aperto per l' estensione di circa sette linee con gli orli molli, e sottili; e siccome, tanto in questo caso, che in altri, io potei introdurre le dita, ed insinuarle in qualsisia direzione, senza trovare indizi di eccessiva irritabilità della parte, non credo giusta l' opinione di coloro, che attribuiscono le convulsioni puerperali alla morbosa sensibilità dell'orifizio dell' utero. La testa del feto era considerabilmente discesa, spingendo in avanti l'orifizio dell' utero, e le acque si erano versate in abbondanza. Le doglie, sebbene leggiere e brevi, comparivano circa ogni dieci minuti, Finalmente comparve difficoltà nella respirazione, rigidità dei muscoli che finì in una forte convulsione, durante la quale si riaprì la vena, ed io, dietro lo stato del polso lasciai che escissero circa otto oncie di sangue. Dallo stato molle del polso sperai che questo sarebbe stato l' ultimo accesso. Mrs. S -- infatti dopo un' ora prese un poco di *gruel*, e dopo di questo una bevanda salata, che le procurò varie scariche di ventre. Dopo quest' epoca il parto andò regolarmente, e lo stato dell' utero era tale, che a quattr' ore pomeridiane si sarebbe potuto impiegare il perforatore, o il forcipe; ma non sembrando questo necessario, si lasciò alla natura l' effettuazione del parto, che accadde prima delle nove ore. Il feto era piuttosto piccolo, e sembra che fosse morto nel primo attacco convulsivo.

Nulla vi è di singolare in questo caso: ma è una prova dell' utilità della sanguigna, e degli altri rimedj evacuanti, come pure del non esser sempre necessario il ricorrere all' estrazione del feto in tutti i casi di convulsioni puerperali.

Caso II. Sara Rogers della Parrocchia di S. Gio-

gio, di anni 24, prossima all'epoca del parto fu presa da convulsioni puerperali il 19 Settemb. 1811. Allorchè io la visitai aveva avuto cinque accessi epilettici, e vi erano segni di soppravvenienza di un altro; l'orifizio dell'utero era poco aperto, e rigido. Le erano state levate digià venti oncie di sangue, e le era stato dato un purgante, che fu vomitato. Ordinai che fossero levate altre dodici oncie almeno di sangue, data una dose di calomelano, una soluzione di sale nel decotto di sena, un clistere con del solfato di magnesia, e che fosse applicato il ghiaccio alla testa. Dopo l'ultima emissione di sangue non comparvero più le convulsioni; nella sera comparvero delle piccole doglie, e siccome non era andata di corpo, ad onta dei purganti dati, fu introdotto un pezzo di nitro nel retto, che in meno di un minuto produsse abondanti scariche. Il parto procedette con lentezza; ma siccome non vi furono sintomi allarmanti fu lasciato alla natura, ed alle 4 pomeridiane del dì 21 venne alla luce il feto vivente, che fu allevato dalla propria madre, ben presto ristabilita in salute.

Caso III. Una Donna di 30 anni, che una volta aveva abortito al terzo mese, essendo nel settimo mese della sua seconda gravidanza sostenne gravi fatiche nel 4 Marzo 1813 (giorno di cattivo tempo), e fece un lungo cammino nel prossimo giorno 8, e nella sera del medesimo sofferse dolori di stomaco ed intestinali. Circa 12 ore appresso sopravvennero le convulsioni, per lo che fu salassata, e le fu rasata la testa, applicandovi un vescicante. Quando arrivò l'ostetrico le convulsioni erano venute ad intervalli per circa otto ore; gli accessi erano forti e violenti; la respirazione stertorosa, la faccia ippocratica, lo sgretolamento dei denti continuo, e priva affatto di senso; il polso forte, duro e vibrato. Furono levate venti oncie di sangue, e le convulsioni divennero più rare. Esaminato adesso lo stato dell'utero si trovò che il parto era incominciato: ma i progressi così lenti da non poter fare alcuna cosa per liberarla. Furono dati dei clisteri catartici, applicato un largo vescicante tra le spalle, e due alle sure. Era impossibile farle deglutire alcuna cosa. Sebbene la frequenza delle convulsioni fosse minore, tale non era però la loro forza. Nella notte avanzata non era punto cangiato lo stato dell'utero: ma a tre ore del mattino seguente il feto fu improvisamente espulso. Dopo di ciò scorsero maggiori intervalli tra gli accessi, e la paziente

fu capace di prendere due purganti, e qualche poco di nutrimento: ma a capo di quattro o cinque ore tornarono gli accessi, e nella sera a dieci ore morì.

Nell'opertura del cadavere, fatta il sequente giorno si trovarono i vasi cerebrali molto turgidi; pochissima effusione era nella superficie, e sotto la parte posteriore del lobo sinistro circa una cucchiajata da caffè di sangue stravasato. Nulla di rimarchevole era nell'utero fuorchè un principio d'infiammazione nel lato destro.

La paziente si era lamentata frequentemente di dolore di testa, che essa diceva reumatico, e dopo il 4 Marzo era cresciuto con senso di ammaccamento, e contusione ai fianchi.

E da osservarsi, che durante gli accessi, o negl'intervalli dei medesimi non accadde vedere dilatazione della pupilla, quale al contrario fu sempre in stato di contrazione.

CASO IV. Mrs. Westwood di 35 anni, dopo undici anni da che non aveva fatto più figli divenne nuovamente gravida, e verso il termine della gestazione fu presa da sommo scoraggimento o disperazione dietro l'idea di non poter sopravvivere, sebbene nè i medici nè gli amici potessero riconoscere in essa alcuna malattia. Il 2 Settembre 1807 ebbe le prime doglie. Alle ore 8 della sera trovai che essa era in letto, ed il parto così avanzato da credere che sarebbero bastate poche doglie più per espellere il feto. Dopo due döglie si osservò qualche contorsione nella faccia, ed immediatamente dopo una convulsione ed una doglia, per mezzo della quale fu espulso il feto vivente. Furono fatte due abondanti emissioni di sangue l'una poco dopo l'altra, ed ambedue presentarono la crosta inflammatoria; Le fu dato del calomelano, dei cotartici; le furono applicati dei vescicanti, dell'acqua fredda alla testa, e dati dei clisteri: ma tutto inutilmente. Essa spirò quattordici ore dopo il primo accesso. Non fu permessa la sezione del cadavere. Vi fu di straordinario in questa donna l'aspetto pallido durante la gravidanza, oltre tutti i caratteri di somma delicatezza, propri della medesima.

CASO V. Mrs. Wood, giovane di molta salute, nel corso della sua seconda gravidanza si lamentò frequentemente di dolor di testa, che essa credeva reumatico. Sul declinare del Novembre del 1813, ossia sul finire dell' ottavo mese della di lei gravidanza, sembra che si af-

faticasse un poco troppo nell'accomodare e stirare la bucata. Il 28, e 29 dello stesso mese si esacerbò la cefalgia, e la mattina del 2 Decembre, mentre preparava la colazione per i suoi bambini disse di non vedere più la paniottà. Il marito la pose a sedere, e poco dopo ritornò la vista, ed il sentimento di ben essere. Nel corso della mattina, tornando a perdere la vista, mandò per il suo ostetrico, il quale credendo che tal fenomeno dipendesse da costipazione le preparò un catartico: ma prima che questo fosse amministrato, inaspettatamente comparvero le doglie del parto, e mezz' ora dopo che egli era ritornato, la paziente partorì un figlio prematuro tuttora vivente. Non accadde alcuna cosa di straordinario durante il parto: ma appena posta in letto, dimandò del suo bambino per baciarlo, facendo rimarcare che non poteva vederlo, ed immediatamente fu presa da convulsione, ed ebbe altri due accessi nel corso di circa un' ora, prima che ritornasse il di lei assistente. Le furono allora levate per una larga apertura dalla vena quattordici oncie di sangue, nel quale si osservò grossa cotenna inflammatoria; le fu applicato un vescicante tra le spalle, e messi in uso gli altri consueti rimedj. Io fui chiamato a visitarla tra le undici e le dodici della sera, epoca in cui l' intervallo tra una convulsione e l' altra era stato maggiore, che per lo innanzi. Il di lei polso era più molle, e più lento, dando circa 100 battute, le guancie apparivano iniettate, la pelle era calda e molle, e la malata era in stato comatoso, senza arruotamento però dei denti, nè respirazione molto stertorosa. Le ordinai delle lozioni fredde alla testa, dei clisteri stimolanti, i senapismi ai piedi, una soluzione di solfato di magnesia, e cinque grani di mercurio dolce ogni 22 minuti, ed in caso che comparissero nuove convulsioni, nuova emissione di sangue. Seppi nel giorno appresso che gli accessi convulsivi continuarono quasi senza intermissione per tutta la notte: pure, contro la comune espettativa, finalmente si ristabilì, ma fu per lungo tempo affetta da leggiera mania.

Appendice XXIX.

RITENZIONE DELLA PLACENTA (vedi pag. 135)

Nel tempo che io disimpegnava l' ufizio di ostetrico nel Dispensatorio generale di Westminster, una delle do-

dici levatrici addette a questo Istituto mi faceva spesso chiamare per cagione della ritenzione della placenta. Io non potei per lungo tempo scuoprire la cagione di questa particolarità · ma finalmente seppi, nell' istruire la figlia di questa donna nel mestiere di levatrice, che essa aveva inteso dire dalla madre che per la sortita delle spalle del feto, non si doveva permettere che le povere partorienti aspettassero un'altra doglia, mentre si poteva con poca assistenza finire il parto, tostochè era venuta fuori la testa. Scoperta la vera cagione di così frequenti ritenzioni, io ho creduto doverla manifestare, come una illustrazione delle giuste, e savie osservazioni di *White*.

Appendice XXX.

Inversione dell' utero (vedi pag. 137).

Nel Gennajo 1802 Mrs. Edwards partorì il suo primo figlio assistita da Mrs. Cobb, espertissima levatrice. Il parto fu naturale, e breve. Nel tempo che la levatrice legava il cordone ombelicale, sopraggiunse una doglia molto violenta, per la quale fu rovesciato l'utero, e l'aderente placenta. Al momento del mio arrivo, unitamente al Dott. *Seares*, cioè quindici minuti dopo succeduto il caso; trovai il corpo dell' utero con la placenta fuori dell' orifizio esterno, versante sangue in copia, e specialmente dai punti nei quali la placenta era distaccata, e la donna così esausta di forze da far credere che sarebbe morta, prima che l'utero fosse rimesso in sito. Concordi nell' indicazione, il Dott. *Seares* tolse quel pezzo di placenta che era distaccato, e rimesse l'utero nella vagina. Io introdussi di poi la mia mano, spingendo avanti il fondo dell' utero, ed introducendo il braccio nella vagina fin presso il gomito. In questo momento sentii che il fondo dell' utero s' inalzò al di sopra del dorso della mia mano, e che l' orifizio cominciava a contraersi. Portai fuori allora con ogni cautela la mia mano, ed ebbi la sodisfazione di veder cessata l' emorragia. La paziente in tutto il corso dell' operazione fu in stato di sincope: ma col soccorso di cordiali, e di un poco di vino potè ristabilirsi in breve tempo, ed ha di poi partorito altri figli senza alcun sinistro accidente.

Se si fosse perduto un poco di tempo più, o la paziente sarebbe morta di emorragia, o se questa si fosse

arrestata in grazia delle contrazioni dell'utero, potevano essere così forti al collo del medesimo da impedirci assolutamente la reposizione, ad onta di qualunque mezzo atto a produrre il rilasciamento dell'utero. In casi simili la dilazione è la cosa la più perniciosa; perchè bastano talvolta pochi minuti dopo tale accidente per rendere inutile ogni sforzo.

Io pensava che il rialzamento spontaneo del fondo dell'utero sopra il dorso della mano, quando la reposizione è completa, fosse stato rimarcato per la prima volta nel precedente caso, ma lo è stato ancora dal fu Dott. *Squire*, al quale appartiene il seguente

CASO II. – Msr. Schroeder, in età di anni 21, dopo partorito il primo figlio ebbe una completa inversione dell'utero con la placenta aderente al fondo del medesimo. Giunto nella di lei casa, venti minuti dopo accaduto il fatto, seppi che la paziente aveva avuto una profusa emorragia, e che gli astanti l'avevano creduta morta; infatti non aveva polso, nè respirava. Mi accinsi immediatamente alla reposizione in presenza del Dott. *Douglas*, facendo una ferma e costante compressione al fondo del viscere, e quando la mia mano cominciò a sporgere sopra l'arcata del pube, il fondo dell'utero si rialzò improvisamente al di sopra del dorso della mano con molta elasticità. Si restò per lungo tempo all'assistenza della donna, perchè la di lei esistenza sembrava molto compromessa dalla gran perdita di sangue, e scorse quasi un'ora prima che si potesse concepire qualche speranza del di lei ristabilimento. Il giorno appresso comparve la febbre con tensione dell'addome che si prolungò alquanti giorni. Noi l'assistemmo finchè fu fuori di pericolo, e dopo un mese era perfettamente ristabilita. Quattordici mesi appresso messe alla luce un altro figlio senza sinistro accidente.

CASO III. Questo *caso d'introsuscezione dell'utero, che divenne immediatamente fatale*, è riferito da *Eduardo Smyth*. D. M.

Una Signora di circa ventidue anni, di statura elevata, e corpulenta, divenuta gravida dopo tre mesi di matrimonio ebbe una gravidanza estesa al di là del nono mese, senza che la di lei salute fosse perciò alterata. Nel 25 Ottobre 1785 incominciarono le doglie del parto verso la sera, piuttosto lente ma regolari, e circa le 10 e mezzo della stessa sera partorì felicemente una bambina molto bene sviluppata. La placenta, che era più grande dell'

ordinario, venne fuori immediatamente dopo il parto. Entrando io allora nella camera sentii che la paziente si lamentava di grande abbattimento; il di lei aspetto era pallido, il polso lento, e piccolo; si lamentava di freddo, e di sete ardente. Ricercò e bevve due o tre piccoli bicchieri di vino di Borgogna, e dipoi cominciò a lamentarsi di dolori più acuti di quelli del parto, sebbene di breve durata, che si partivano dall'utero salendo allo stomaco. Le ordinai un poca di tintura tebaica, credendo che cio dipendesse da spasmo, e lasciai per alcun tempo la paziente. Al mio ritorno trovai che essa si lamentava di dolori eguali a quelli che le donne chiamano pene dopo il parto, che diceva esserle sopraggiunte da che aveva sentito scendere qualche cosa dall'utero. Esaminate le materie nulla vi trovai di straordinario. Ai precedenti sintomi si aggiungeva adesso inquietezza, ed ansietà, freddo sempre più crescente dell'estremità, e dell'addome, aspetto cadaverico, e polso sempre più allarmante. Con l'applicazione all'addome di flanella inzuppata nell'acquavite, con le frizioni di flanelle calde alle mani, e dandole a bevere dell'acquavite bruciata con una larga dose di tintura tebaica, si fece universalmente calda, ed alle quattro della seguente mattina, avendo bevuto circa 18 oncie di gruel, sembrò migliorata ed inclinata al sonno. Io lasciai allora la paziente, ma nel mio ritorno, circa le ore otto, trovai che non aveva avuto gran sollievo. Credendo che lo spasmo e gl'isterismi, ai quali essa era stata per lo innanzi soggetta, fossero sempre la causa di tali sintomi le feci prendere alternativamente dell'assafetida, e della tintura tebaica, e cercai che si sostenesse con del vino sierato (*). Poco dopo comparvero sudori freddi alla faccia, e freddo all'estremità. A dieci ore della mattina il polso era appena percettibile, sebbene la voce, e la sensibilità niente avessero perduto. A un'ora pomeridiana perdè la parola, ed alle due spirò, senza che precedesse smania, sincope, delirio, o profusa emorragia.

(*) *Il wine whey si fa versando della malaga nel latte bollente, e raccogliendo poi la parte fluida, che resulta da questa mistura. Questa storia sarebbe suscettibile di molte annotazioni: ma il Traduttore spera che ogni persona dell'arte saprà conoscere gli abbagli che furono presi da chi assistè quella disgraziata.*

Dopo la morte di questa Signora, la mammana avvertì il Dott. S. che poco dopo il parto la paziente le aveva detto che l'utero, ed i pudendi erano divenuti insensibili. Nell'autopsia cadaverica non si trovarono altre lesioni fuori di quelle dell'utero. Questo era esattamente rovesciato nel suo centro, come una tazza, con una quantità di pieghe all'intorno, ed era fortemente contratto. L'esame (*interessantissimo*) per la parte della vagina fu omesso, perchè vi erano presenti delle donne.

Caso IV. *Spontanea inversione dell'utero osservata dal* Dott. Merriman *mio Zio*. Mrs. Bishop aveva la pelvi così mal conformata, che era impossibile farla partorire, senza ricorrere al perforatore. Avendo sofferto diverse volte una tale operazione, si era finalmente determinata per il parto procurato nell'ottavo mese della gravidanza, quando la morte del feto, e la di lui discesa per le natiche prevenne l'operazione. L'avere in questo caso sofferto, comparativamente, pochissimo incoraggì la paziente all'operazione nella seguente gravidanza. In questo caso le membrane non furono rotte, ma si cercò di togliere l'aderenza del corion dall'utero coll'introduzione di un catetere femina appianato. In conseguenza di questa irritazione comparve uno scolo mucoso sanguigno, e due o tre giorni dopo il parto. Il feto nacque vitale, e la placenta venne fuori, senza che l'utero dasse segni di aver sofferto. La madre si ristabilì nel tempo consueto, e potè allattare il suo figlio. Tra il sesto e settimo mese, mentre che essa allattava il bambino, in seguito di un leggiero sforzo sentì escir fuori qualche cosa dalla vagina, che fu riconosciuto essere il fondo dell'utero. Fu visitata da *Rowley*, da *Merriman*, e da *Denman*; ma non fu possibile farne la reposizione, e la paziente restò in questo stato fino alla di lei morte, che accadde circa due anni dopo.

Appendice XXXI.

Estirpazione dell'utero rovesciato
(vedi pag. 137).

La Donna operata da *Chevalier*, piccola di statura, aveva circa 44 anni, ed il prolasso dell'utero era accaduto molti anni avanti che fosse operata, e per quanto pare, nell'atto di violenti sforzi per rendere le materie

fecali. Dee avere avuto luogo un processo d' infiammazione adesiva per il quale le parti restarono fissate in una situazione preternaturale, come si vedeva dal fondo della vescica tirato in basso col prolasso della vagina. La paziente soffriva un continuo stillicidio di orina. Le pareti della vagina erano molto ingrossate e di un colore bianco opaco, ed un apparenza di cujo; dalla superficie rovesciata dell' utero colava costantemente un umore mucoso. Il tumore scendeva al disotto della metà delle coscie, e per il volume, per la confricazione, e per la sensibilità le impediva il necessario lavoro. Sembrando che l'abolizione di questo tumore avrebbe tolto la paziente da molte pene, si prese coraggio a farla, tanto più che non esisteva alcuna aderenza morbosa tra l'utero, e la vagina, e che questa sembrava quasi insensibile. La cervice dell'utero, attorno la quale si fece l'allacciatura aveva quattro pollici circa di circonferenza, tutto il rimanente dell' utero era molto cresciuto di volume, e di colore rosso fosco. La prima allacciatura fu fatta il 12 Aprile 1804, e fu ristretta il 14, il 20, il 23, ed il 16, dopo la quale epoca, sembrando il tumore completamente reciso, fu portato via il dì 2. Maggio. La paziente soffrì ben poco, ed alla fine del mese era guarita. Esaminato l'utero dopo la di lui remozione si vide che era rovesciato soltanto per metà di modo che vi era una specie d'introsuscezione. La legatura però lo recise affatto libero dal suo fondo. L'ingorgo prodotto nei vasi della legatura, e la putrefazione che ne venne per questa nel tessuto della parte non portarono tale alterazione da non riconoscere che era l'utero, e non un' escrescenza, per quanto ciò potesse essere stato creduto da altri prima dell'operazione. L' operatore la visitò di tempo in tempo per molti anni: ma la malata avendo cambiato domicilio, ed essendo morta in un' altra parrocchia non potè esaminarne il cadavere.

Appendice XXXII.

DEL LACCIO (vedi pag. 142).

Il laccio consiste in una striscia di forte pannolino a nodo scorsojo, che è stata talvolta ordita con dell'osso di balena, e con dell'acciajo, come più facile a passare sopra il mento o attorno al collo del feto, e così di pro-

curare all' operatore i mezzi di usare di una maggior forza nell' estrazione della testa. Prima che il forcipe fosse così generalmente conosciuto, si dava a questo laccio una grande importanza, ed uso; e spesso si attribuiva a gran destrezza dell' operatore, ciò che ad altri non si doveva fuorchè alla natura: ma si conobbe ancora la di lui insufficienza nei casi di vera difficoltà del parto. Probabilmente non vi è ostetrico in Inghilterra, che sia stato testimone dell' uso del laccio nelle presentazioni naturali, e perciò, come per un oggetto di curiosità espongo la particolarità di un caso, che ho tratto da alcuni MS. del Dott. *Merriman* mio Zio. Nella di lui gioventù si trovò impegnato ad assistere al secondo parto di una donna, che al termine della prima gravidanza ebbe il parto per i piedi, assistita da una mammana, e dopo molte pene il feto nacque morto. Al termine della seconda gravidanza le era incominciato lo scolo delle acque tre giorni innanzi che principiasse la dilatazione dell' orifizio dell' utero, epoca nella quale la testa si manteneva ancora nella parte superiore della pelvi. Un Medico Francese, chiamato unitamente al fu Dott. *Merriman*, propose di accelerare il parto con il laccio, al che questi si ricusò, sì perchè credeva non necessario alcun' istrumento, sì perchè dubitava di poterlo mettere in azione. Il Sig. R. incominciò tuttavia l'operazione. Si trovò un forte laccio, e fatto il conveniente nodo scorsojo, ed introdotto con tutta la possibil destrezza, sebbene dasse alla donna molto dolore, fu finalmente fatto passare attorno al collo del feto. L' operatore cominciò a tirare con tutta la forza possibile, e forse non con troppo criterio, non attendendo cioè a cavar partito dal momento della doglia. Questi sforzi posero la paziente in tormenti inesprimibili, senza che corrispondesse ciò al fine propostosi, perchè la testa avanzò ben poco, e probabilmente era stata fatta cambiare di positura dal laccio, il quale non poteva tirarla che in una sola direzione, perpendicolarmente cioè alla parte, alla quale era fissato il nodo, e sia in fatti che agisca da un lato o sopra l' occipite, o sopra il mento, dee tender sempre a raddoppiare la testa con il collo, e ad accrescere perciò la difficoltà anzichè a diminuirla. Il resultato fu che il laccio cedendo alla forza colla quale era tirato venne finalmente fuori portando seco della pelle, della carne, ed una vertebra del collo del feto. Restata così divisa la testa dal tronco, fu necessario di ri-

correre all'uncino; e la perforazione fu fatta in uno degli ossi parietali perchè era talmente impegnata nelle ossa della pelvi, che era impossibile farla rientrare nell'utero, e forare il vertice. Dopo molte difficoltà la testa fu estratta, ed il corpo venne facilmente dopo di essa. Immediatamente dopo il parto si soppressero i lochi alla puerpera, sopravvenne il delirio, la tensione dell'addome, e nel secondo giorno lo stupore, e la insensibilità precedè di poche ore la morte della medesima. Ho inteso dire a mio Zio che gli urli di questa povera donna furono i più forti che egli abbia giammai sentito in qualunque altro caso: e per le ricerche da me fatte fu questa l'ultima volta che sia stato messo in pratica il laccio a Londra.

Hamilton, nei suoi elementi di ostetricia pratica, rammenta il caso straordinario di una giovine donna abbandonata nell'agonie della morte dal suo assistente (il quale aveva separata la testa del feto dal corpo) che partorì in prima il corpo dello stesso feto, e quindi le fu estratta la testa da M. *Smith*, e finalmente si ristabilì. E' probabile che anche questa separazione sia accaduta per l'applicazione del laccio.

Appendice XXXIII.

RESULTATI DELLE OPERAZIONI CESAREE FATTE NELLE ISOLE BRITANNICHE (vedi pag. 157).	Vite salvate	Vite perdute
1. Operazione fatta nel 1738 da *Mary Dunally* levatrice con un rasojo sopra Alice O'Neal, presso Charlemont in Irlanda. La madre fu salvata: ma morì il feto	1	1
2. *Robert Smith* nel 1757 operò Mrs. Paterson di Canongate nella Scozia (*Smeille* V. iii. coll. 39) morì la madre ed il feto .	—	2
3. *Young* la eseguì in una donna alla distanza di un miglio da Edimburgo = La paziente, dice egli, era tormentata da continuo vomito, e la pelvi era molto stretta . . . mi fu necessario fare spingere in alto la testa dalla parte della vagina perchè era strettamente impegnata nella		
Fin qui 1 vita salvata 3 perdute	1	3

	Vite salv.	Vite per.
pelvi (a). Portai fuori il feto vivente: ma pochi giorni dopo restò preda di un accessò convulsivo, e la madre egualmente morì . .	1 —	8 2
4. Lo stesso *Young* in una seconda operazione fatta all' Infermeria Reale, potè salvare la vita del feto (Lezioni MS. del D. *Dale*)	1	1
5. *Alessandro Wood*, si legge nei saggi di Ostetricia del Dott. *Hamilton*, aver fatto questa operazione, e che fu disgraziato a segno di non salvare nè l'uno, nè l'altro individuo	—	2
6. *Calmer* fece l' operazione in Elisabetta Clerk nel 1774. Si salvò il figlio, e la madre morì (V. *Hamilton* l. c.)	1	1
7. *Hamilton*, *il giovine* fece l' operazione nel 1795. Il feto era putrido, e la madre morì (vedi l. c.)	—	2
8. *W. Whyte* di Glasgow la fece nel 1775; morì la madre ed il figlio (vedi *Hull's Defence of the Caes. oper.*)	—	2
9. *Kay* di Forfar ebbe vivo il feto, ma la madre morì dopo undici giorni (l. c. pag. 66)	1	1
10. Al D. *Whyte* di Manchester morirono la madre ed il feto	—	2
11. *Tompson* fece l' operazione in Marta Rhodes nel London Hospital il 1769 alla presenza di molti Medici, e Chirurghi. Il feto fu estratto vivo: ma fu preso da convulsioni, ed il giorno appresso morì. Egli aveva una straordinaria escrescenza nella fronte comunicante con il cervello, e la madre parimente morì (*Medical Observ. and Inquires Vol. V.*), .	—	2
12. *Giovanni Hunter* operò nel 1774 Mrs. Forster. Il feto fu salvato, la madre morì (v. l.c.)	1	1
13. *Atkinson* nel 1777 operò Elisabetta		
Fin qui 5 vite salvate 19 perdute	5	19

(*a*) *Il volume della testa dovea adunque essere passato per lo stretto della pelvi.*

	Vite salv.	Vite per.
. . . .	5	19
Hutchinson a Leicester. Resultato come sopra (*Vaughan's Cases of Hydrophobia ec.* 1778)	1	1
14. *Clark* fece la gastrotomia nella circostanza di una gravidanza estrauterina. Il feto fu trovato morto, e morì ancora la madre (*Mem. of Medical Society of London Vol.* 3. *p* 197)	—	2
15 *Hull* operò Isabella Redman nel 1794, salvò soltanto il feto (Hull. l. c.) . .	1	1
16 Lo stesso operò Anna Lee nel 1798 senza salvare il feto, nè la madre (l. c.) .	—	2
17 *Barlow* operò Giovanna Forster nel 1783. Morì il feto, ma fu salvata la madre (*Medical Records and Researches p.* 154) . .	1	1
18 *Wood* fece l'operazione nel 1799 in Elisabetta Tompson, che morì; il feto però fu salvato (*Mem. of Med. Society . Vol. V.*)	1	1
19 Esito eguale ebbe Giovanni *Bell* che fece l'operazione in Edimburgo nel 1800 (vedi *Medico-Chirurg. Transact. Vol. IV. p.* 347)	1	1
20 *Dunlop* di Rochdale operò Susanna Holt, che morì, ed il feto visse soli quindici giorni (*Hull's Transl. of Baudelocque*). .	—	2
21 Nel caso riferito da *Wood* nel Vol. VI. del *Medical and Physical Journal* p. 346 morirono la madre, ed il feto	—	2
22 Nel caso riferito da *Kellie* nel Giornale Medico-Chirurgico di Edimburgo Vol. VII. morì la madre, ed il feto visse un solo giorno.	—	2
23 *Kinder Wood* nelle *Trans. Med. Chir. V. VII. pag.* 264 riferisce un caso in cui morì la madre ed il feto	—	2
Somma; 10 vite salvate, 36 perdute — Totale	10	36

SULL' OPERAZIONE CESAREA PER LA VIA DELLA VAGINA

Nota del Traduttore.

E stato dato il nome di operazione Cesarea all' isterotomia eseguita per la parte della vagina, e siccome la necessità di questa operazione potrebbe rinnuovarsi, sebbene raro possa essere il caso, e sorgere certamente in ciascuno il desiderio di averne cognizione, ho creduto farne parola, esponendo in prima la storia di questa operazione, che si legge nel Vol. XIII. degli Annali Univ. di Medicina del Dott. *Omodei* pag. 261 fatta con felice successo dal Dott. *Boeuisch*.

Il dì 25 *Settembre del* 1815, *il Sig.* Boenisch *fu chiamato a dare ajuto ad una donna di circa* 35 *anni, che stava da due giorni sotto le doglie del suo primo parto. Essa era in grandissimo orgasmo, con faccia rosseggiante, tumidetta, corpo grondante sudore, polsi duri a* 125 *nel minuto, ventre teso, duro e dolente al tatto, e colle grandi labbra enfiate, asciutte, quasi infiammate, senza che dalla vagina fosse uscita una goccia di sangue. Esplorata per le parti genitali, e pel retto intestino, e non essendosi potuto riscontrare veruna traccia di bocca dell' utero, il Sig.* Boenisch, *riflettendo che un più lungo indugiare avrebbe contribuito a favorire lo squarciamento del viscere, risolvette di effettuare il parto mediante l'operazione cesarea che, in questa congiuntura, stimò più conveniente di praticare dalla parte della vagina, anzichè di sopra il pube. Introdotta pertanto nella vagina la mano sinistra, in modo che il pollice venisse a poggiare al pube, e il dito mignolo al sacro, stette aspettando una doglia per afferrare con prestezza la porzione d' utero, che sotto il pube facevasi prominente nella vagina, e respinta alquanto indietro la testa del feto, formò della parete uterina una piega, che sollecitamente divise col perforatore di* Smeille. *Fluirono alcune oncie di sangue, ma neppure una stilla d' acqua. Insinuato però nell'apertura l' indice della mano sinistra, mediante il citato perforatore, l' allargò per modo, che alla fine potè introdurre tutte e cinque le dita della mano medesima, colla quale, armata sempre del perforatore, lacerò le membrane, ed ottenne di far colare le acque. Il feto*

si presentò all' apertura colla tempia sinistra ; circostanza, che aggiunta all' esaurimento a cui trovavasi ridotta la donna, indusse l' operatore a terminare il parto artificialmente col forcipe di Siebold, *e con questo trasse fuora una bambina sana, e ben nutrita. La perdita di sangue dopo il parto, e nel puerperio non fu straordinaria; finita l' operazione la puerpera si trovò immediatamente bene, e non ebbe neppure a lagnarsi di dolori d' utero. I lochi fluirono naturalmente, e la ferita della matrice, a capo di otto settimane, quantunque non avesse presa la forma regolare della bocca dell' utero, era perfettamente cicatrizzata ai margini. Da quell' epoca la madre, e il bambino godettero sempre della miglior salute. Sino al* 1818 *la madre non era tornata incinta, ed aveva sempre avuto i mesi regolari.*

Questa operazione non è nuova, e se ne è dato un cenno dal Sig. *Merriman*, parlando della Memoria del Dott. *John King* (vedi Appendice XIV.). Dalla descrizione esposta, sebbene mancante della esposizione di molte circostanze, che sarebbe stato necessario il conoscere in questo caso, onde non venisse infievolita la di lui autenticità, sembra anzi potersi dubitare a gran ragione, che si trattasse di una isterolossia, senza poter precisare se l' obliquità dell' utero fu anteriore o posteriore. Non resulta infatti, che il Sig. *Boenisch* intraprendesse l' operazione, fuorchè per il vizio di posizione dell' utero, che sembra essere stata la di lui obliquità anteriore perfettissima con l' impossibilità di remuoverlo da tal posizione, ovvero un caso analogo a quello citato dal Sig. *Merriman* di una retroversione, sebbene caso rarissimo, e difficile ad ammettersi. Di qualunque sorta fosse però la obliquità, non resultando, che l' operazione cesarea per la vagina fosse istituita dietro le stesse indicazioni di quelle che servono di base per istituire la gastroisterotomia, dall' impossibilità cioè che il feto passi intiero per la pelvi, è dimostrato abbastanza l' esclusione dell' idea di poter sostituire l' incisione dell' utero per la via della vagina nei casi di vizj considerabili della pelvi, di ristringimenti della cavità della medesima per dei tumori, che non ammettono diminuzione per mezzo della puntura (vedi Appendice XIII.), o di callosità non superabili per l' incisione (vedi storia aggiunta all' Appendice XII.), o finalmente per uno straordinario, e totale ristringimento

della vagina a motivo di precedente processo inflammatorio, come nel caso nel quale fu fatta l' operazione cesarea dai Sigg. *Horn* padre, e figlio con salvezza della madre, e dei due feti contenuti nell' utero della medesima (*vedi Ann. Univ. dell' Omodei Vol. XXI.*).

Esclusa giustamente l' idea di una tale sostituzione nei casi per i quali suole istituirsi il taglio cesareo, e ricevuta nel solo caso di una obliquità dell' utero, insuperabile dalla natura col soccorso dell' indugio, si domanderà qual grado di confidenza debba mettersi in tal compenso, e dietro quali ragioni, e segni possa riguardarsi come l' unico a tentarsi. *Callisen* aveva proposto in tali casi la gastrotomia, e la riposizione dell' utero in buon sito: ma dall' aggiungere il precetto della quiete del corpo, della giacitura sul ventre, o laterale, affinchè coll' accrescersi della mole del feto, e perciò dell' utero medesimo, questo viscere più non prendesse la preternaturale posizione, si vede bene che il suo consiglio non era adottabile all' epoca del parto, e prima di questa si poteva riguardare come ardimentoso, e da non sostituirsi giammai a quello di *Richter*. Consiste questo nell' introduzione delle dita dell' operatore nella vagina, o nell' intestino retto, mentre la donna posa su i ginocchi, e su i gomiti, spingendo l' utero in obliquità in alto, e verso l' ombellico fintantochè prenda la sua naturale direzione: ma anche questo metodo non ha sempre un esito corrispondente all' intenzione dell' operatore. La puntura rasente il pube dell' utero, proposta con la veduta di fare evacuare le acque, e procurare l' aborto è barbara ed imprudente, prima dell' epoca del parto, ed a quest' epoca irrazionale ed inutile. Dal che si può concludere, che dopo una inutile espettativa, il partito preso dal Sig. *Boenisch* sia migliore degli altri.

E difficile però il poter precisare la quantità del tempo che conviene restare affidati agli sforzi della natura medesima. *Jackson* non precisa il numero dei giorni che restò attendendo il parto; *Merriman* lo vide effettuato dopo cinque giorni, e sebbene in ambedue i casi ne venisse la morte del feto (vedi Appendice XIV): pure dovendo noi misurare la convenienza del metodo espettante più dal pericolo della madre, che da quello del feto, e riguardare come rarissima la sorte incontrata da *Boenisch*, non possiamo venire ad altra conclusione fuorchè a quella, che spetta cioè al criterio dell' ostetrico, nel

caso pratico, il determinare dallo stato di salute della madre, e dall' epoca del parto, quale sia il tempo conveniente per l' operazione, facendo contemporaneamente molto conto della presenza, o assenza di quei segni, che l'Autore di quest'opera ha designato come di buono (*vedi pag.* 34), ovvero di sinistro augurio (*vedi pag.* 36).

Appendice XXXIV.

Deformità della pelvi (vedi pag. 157).

Le varietà delle dimensioni del conjugato, o corto diametro della pelvi, secondo *Stein*, e *Plenk* possono ridursi a sette specie: I. Quello di 4 pollici di Parigi permette un facile passaggio, e perciò il caso dee essere affidato alla natura. II. Quello di 3, e tre quarti dà luogo al parto ritardato: ma il feto sarà vivo, e questo caso potrebbe dimandare il soccorso della leva. III. Quello di 3, e mezzo, se sia affidato alla natura dà luogo alla morte del feto: ma coll' uso del forcipe, impiegato a tempo, può portarsi alla luce vivente. IV. In quello di 3, ed un quarto i soli sforzi della natura non bastano per l' espulsione del feto, e questo non è salvato dall' impiego del forcipe, e per averlo vivo basterebbe ricorrere alla sinfisiotomia, come al perforatore se morto. V. Quello di 3, o di 2 e tre quarti, di 2 e mezzo, di 2 ed un quarto non permette l'effettuazione del parto nè alla natura, nè al forcipe. Perciò se il feto fosse vivente bisogna ricorrere all' operazione cesarea, o al porforatore se morto. VI. Quello di 2. pollici rende il parto impossibile; se il feto è vivente bisogna ricorrere all' operazione Cesarea, e se è morto, è raramente possibile di aprire la testa. VII. Quello di 1 pollice e 3 quarti, o di 1 e mezzo rende ineseguibile il parto, sia del feto vivente, come di quello morto, e bisogna ricorrere in ambedue i casi all' operazione Cesarea. Gli Ostetrici Inglesi non saranno sorpresi di queste regole quando si rammentino che il pollice di Parigi è molto maggiore di quello Inglese.

Il pollice Francese è diviso in 12 linee, ed è quasi una linea di più di quello Inglese. Perciò 4 pollici Francesi sono eguali ed un poco maggiori di 4 ed un quarto Inglesi.

APPENDICE XXXV.

EFFETTI DELLA DIETA NELLE PREGNANTI
(vedi pag. 163)

Caso I. Una Signora, durante la seconda gravidanza perdè l'appetito, e divenne sommamente esausta, con polso frequente, con tosse, e talmente debole da potere appena passeggiare per la camera. Un medico di distinzione la fece repetutamente salassare, le somministrò della digitale, e del giusquiamo, le ordinò una parca dieta vegetabile, e le proibì il vino, e qualunque altro liquore fermentato. Fu veduta per consulto da un altro Medico, e dal Dott. *Denman*, e si temè molto se giungerebbe a termine della gravidanza, e quand'ancora, se sopraviverebbe molto alla nascita del feto. Partorì tuttavia felicemente un fancinllo non meno bene sviluppato, e sano del primo. Che anzi il terzo figlio, che partorì dopo essersi ben ripristinata in salute, ed in seguito di una miglior gravidanza, giungeva appena ad eguagliare il secondo.

Caso II. Alla giovine sposa di un pasticciere, venne in testa, durante la prima gravidanza di masticare del zenzero, e ne consumò per il valore di molte lire sterline. Giunta a termine della gravidanza partorì felicemente: ma il feto era piccolo, e magro, e con una pelle grinzosa, scolorata, e squammosa, come se avesse avuto la scarlattina, e dopo poche settimane morì. Essa non ebbe più questa voglia nelle successive gravidanze, e tutti i figli furono sani, e vigorosi.

Caso III. La moglie di un cocchiere, che dopo la prima gravidanza aveva messo alla luce un feto bene sviluppato e sano, fu molto avida nella seconda gravidanza del *gin* allungato con acqua, a segno di preferirlo talvolta al tè, e ne bevve grandissima quantità. Ignoro come divenisse per questo forte: ma il feto fu piccolo, e scarno, con voce debole, faccia grinzosa, vizzo il cordone, e la pelle color di magogano, e pendente a pieghe sopra il corpo, il quale poi visse soli dieci giorni, e morì in convulsioni. La madre tornò bentosto ad esser gravida, con grandissima antipatia per il *gin*, e somma inclinazione per il *porter*, del quale beveva quattro libbre (64 oncie) al giorno. Al termine della gravidanza era malata; il parto fu lungo, e penoso, e finalmente partorì un

grossissimo figlio, morto evidentemente per la difficoltà del parto.

Può dedursi da questi casi, che la parchissima dieta non sempre giunge a prevenire il pieno sviluppo del feto, e non è credibile che una donna di pelvi mal conformata potrebbe sottoporsi ad un regime più severo di quella del primo caso, e sono per altro lato manifesti i cattivi effetti degli stimolanti nel secondo, e terzo caso.

Vedesi da questi esempj inoltre quanto sia assurda la volgare opinione che le pregnanti debbono esser secondate nei loro capricciosi appetiti, perchè se alcuni possono esser secondati senza pericolo, altri non mancano di esser molto dannosi o alla madre, o al feto.

Appendice XXXVI. aggiunto dal Traduttore

SULLA GRAVIDANZA ESTRAUTERINA.

Siccome in quest' opera del Sig. Merriman *si è parlato come per incidenza delle gravidanze estrauterine* (*vedi pag.* 94), *e come di cosa poco probabile di quelle specialmente ventrali* (*vedi pag.* 214) *non sarà inopportuno perciò, che io ne faccia qualche parola, esponendo nel tempo stesso la storia di due casi da me osservati, il primo dei quali già pubblicato* (Storia ragionata di una gravidanza della tuba Falloppiana destra. *Pisa* 1818), *e l' altro* di un feto, che ha dimorato nel ventre della madre circa cinque anni, durante il qual tempo questa fu nuovamente gravida, e le ossa di quello furono finalmente espulse in frammenti per l' ano, *sul quale ho consegnato una memoria all' Accademia dei Fisiocritici di Siena. Io procurerò che le considerazioni, alle quali questo articolo ci richiama, sieno esposte non con quella estensione che loro aveva dato in una special memoria da me scritta dopo osservato il secondo caso, e tuttora inedita; ma di compendiarle compatibilmente al piano della memoria originale, ed a quello dell' opera, alla quale ora compariscono annesse.*

Quae a me super hac re dicentur, non ita accipi velim quasi eadem e tripode prolata existimem, aut aliorum omnium suffragia extorquere cupiam; sed libertatem illam quam aliis libenter concedimus nobis etiam jure merito poscimus; ut quae in obscuris rebus verisimilia videntur ea tenus pro veris offerre liceat, donec manifeste de eorum falsitate consisterit.

HARVEY de conceptione.

§ 1. Una gravidanza estrauterina è sempre di un grande interesse per l'arte e per l'umanità, a qualunque epoca venga riconosciuta, e qualunque sieno gli effetti che ebbero di già luogo in seguito di questa aberrazione della natura. I medici ed i chirurghi, e sopratutto gli anatomici arricchirono perciò l'arte di tali osservazioni, che sebbene abbiano potuto per più lungo tempo servir piuttosto alla curiosità del Fisiologo, che alla direzione dell'Ostetrico, pure non hanno mancato di somministrare dei lumi, e delle vedute pratiche alla chirurgia. Sarà dunque permesso, dietro l' esame delle circostanze di molti fatti noti ed accuratamente descritti, il desumere argomenti, onde da ciò che è altre volte accaduto, da quello che è stato fatto, e da ciò che è stato omesso si possa congetturare le cagioni, fissare fino ad un certo dato punto i segni, e stabilire in fine quello che si dovrebbe fare in casi simili per la salvezza della madre, e della madre insieme, e del feto, senza omettere di far conoscere le difficoltà, che possono incontrarsi, sia nello stabilire la diagnosi, ovvero la indicazione curativa, ed il tempo conveniente della medesima.

§. 2. Si dà il nome di gravidanza estrauterina alla gestazione del feto fuori della cavità dell' utero dal cominciamento del di lui sviluppo fino all'epoca che viene espulso dalla cavità addominale per qualunque via, apertasi naturalmente o procurata dall'arte. Quindi un feto che siasi sviluppato, ed abbia preso incremento nella cavità dell' utero, ma che ad una qualunque epoca della

gravidanza, o a quella del parto, per rottura del viscere che lo contiene, passa nella cavità del ventre, e qui dimora per un qualunque spazio di tempo, è certamente un feto fuori dell' utero, ma che presenta un caso ben diverso dalla gravidanza estrauterina. Siccome però in generale la rottura della parete dell'utero, ed il passaggio del feto nel basso ventre non succede che all' epoca del parto, e sotto gl' impotenti sforzi per l' espulsione del feto, così la confusione di questi due casi può avvenire soltanto dopo l'epoca dell' accaduto, efrustraneo travaglio del parto, superstite sempre la madre, e quando non sieno, a quest' epoca, stati notati e raccolti i segni propri della rottura dell' utero; ovvero quando, dopo decorso un considerevole spazio di tempo, è stata scoperta l' esistenza di un vero feto nel basso ventre, senza che siasi esaminato, o sia stato permesso d' esaminare lo stato dell' utero, e sue appendici, e non si abbiano i segni commemorativi sopra indicati.

§. 3. La vera gravidanza estrauterina può essere di tre specie, cioè: I. Tubale (feto contenuto in una delle due tube). II. Ventrale (feto nella cavità dell'addome. III. Dell' ovaja (feto i di cui involucri esterni formano continuità con quelli di uno delle due ovaja). Si potrebbe aggiungere a queste tre specie, e considerare come estrauterina, perchè fuori della cavità naturale dell' utero, quella che accadesse nelle pareti di detto viscere lungo il condotto osservato in queste, e comunicante colla tuba, dal Cav. *Angeli*, da *Smith*, e qualcun altro, e recentemente da *Baudelocque*, quando in questo condotto avesse realmente luogo lo sviluppo del feto, come sembrerebbe essere accaduto nel caso riferito da Benedetto *Vassal*, stando alla figura che ne ha dato *Mauriceau* Cap. V. Si potrebbero finalmente formare altre due specie, quella cioè della gravidanza estrauterina complicata con la vera gravidanza dell'utero, e di quella estrauterina complicata coll' ascite, poichè non mancano di essere stati registrati nella storia dell' arte esempi di tal fatta.

Delle cause e frequenza delle gravidanze estrauterine.

§. 4. Noi non ci maraviglieremo con *Haller* che tali aberrazioni della natura sieno meno frequenti di quello che sembrerebbe, dietro la considerazione anatomica della struttura, e forma delle tube falloppiane, e dietro la teoria

dell' ovicino Graaffiano, persuasi che le condizioni della vita modificano per modo quella facilità del caso, apparente nel corpo morto, e che sostengono, come lo dimostra il fatto le provide intenzioni della natura. Comprendesi bensì che il ristringimento della detta tuba in proporzione che si avvicina all' utero; che l' indebolimento del movimento vermicolare della medesima; che il distacco dell'ovicino, e l'introduzione nel detto canale un poco troppo tarda; che la presenza di umori densi, e raccolti nella parte del condotto la più ristretta per la condizione patologica della membrana mucosa interna; che l'incontro accidentale di qualche corpo che comprima la tuba, come feccie ammassate negl' intestini, giusta il parere di *Vallisneri*, che in fine la presenza di alcune cause fisiche e morali, le quali diminuiscono in generale l' erctismo della fibra, possono considerarsi come altrettante cagioni probabilissime, ed atte a far sì che l'ovicino, giunto ad un punto della tuba, non possa altrimenti discendere, o che al momento in cui dovrebbe inboccare nel canale si trovi più grosso dell' apertura di questo, o introdotto appena accada, per un movimento spasmodico della tuba, la di lui caduta nel ventre; ed anche che la mancanza di forza, qualunque siane la cagione, per distaccarsi dai così detti testicoli muliebri possa dar luogo ad un perfetto o imperfetto sviluppo del nuovo germe nello stesso ovajo irrorato dall' amore virile.

§. 5. Seguendo adesso l'opinione della maggior parte dei fisiologi, che l'ovicino si distacchi dall' ovaja ben presto dopo la fecondazione, imbocchi quindi nella tuba, e discenda poi gradatamente nell' utero, sembra più facile l' intendere perchè in un numero considerevole di storie di tali casi, si trovi che il numero delle gravidanze estrauterine tubali superi quello della seconda specie, e queste quelle della terza (vedi l' enumerazione di questi casi nell' indice generale); sebbene in ciascuna di queste tre diverse specie sembri dovere esistere una causa comune, che è probabilmente la troppo pronta manifestazione delle radici della placenta.

Delle Gravidanze Tubali, quella della tuba destra è ancor più frequente di quella sinistra. Questa è una verità di fatto, la di cui cagione è più recondita di qualunque altra su questo soggetto. Da essa però emerge una prova contro l' opinione di *Millot*, il quale sosteneva la esistenza dei germi di sesso mascolino nell'ovaja de-

stra, e quelli di sesso femminino nella sinistra, perchè sebbene nel caso da me osservato, ed in altri siasi ritrovato il feto di sesso mascolino nella destra tuba, come in altri casi nel destro ovajo, è altresì vero che si sono trovate parimente di sesso mascoliuo nella tuba, ed ovaja sinistra (1), e di sesso femminino nella destra (2).

§. 6. Potrebbe mettersi in dubbio, se per l'influsso maggiore che esercitano gli agenti morali sulla specie umana nella riproduzione degli esseri, e per il manco d'impulso naturale col quale si presta talvolta la femmina della nostra specie alla fecondazione, sieno le gravidanze estrauterine egualmente possibili, ed avvenute nelle altre specie di animali, come nella nostra. Abbiamo però una quantità di casi, che provano essere anche in quelli non tanto rara. *Bianchi* osservò la tubale in una vacca (3), ed in una vacca parimente trovò *Mascagni* quella ventrale (4); *Nuck* trovò due feti nella tuba di una cagna (5); e di feti ritrovati nel ventre delle cagne, delle lepri, e delle pecore se ne riferiscono alcuni esempi nelle *Ephemerides Naturae Curiosorum* del 1688, nelle Transazioni filosofiche della società Reale di Londra (6), e da *Romelius* in un trattato speciale sopra questo fenomeno (7); Nel ventre di una lepre presa nei campi di S. Dionisio furono trovati da *Du Verney* i feti onninamente fuori dell'utero (8); *Marsigli* ritrovò un feto nell'ovajo di una lontra (9). Altre volte è stato trovato un tumore in vicinanza del fegato di una scrofa, entro del quale era un feto corrotto (10), e da *Mascagni* fu osservato un porcellino non corrotto, che era contenuto nella tuba. Io conservo due piccole ossa parietali ritrovate impiantate in un tumore interno in vicinanza della vagina di una pecora, che nell'Ottobre del 1820 mi furono presentati da

---

(1) Du Verney — *Caso osservato alla Salpetriere nel* 1694 — Littre *Atti dell' A. R. delle Scienze* 1702. *Acta Erud. Lypsiae - e presso* Gibelin *Comp. delle Trans. Filos. T. XI.* (2) Andry *negli Ann. Univ. di Med. del Dott. Omodei Vol. XV.* (3) *Vedi* Haller *in Prael. Boerh.* (4) *Giorn. Pisano T. IX.* 1808. (5) Haller *l. c.* (6) *Comp. di* Gibelin *T. II.* 302, *e Vol. XI.* (7) *De foetibus lepor. extra uterum repertis.* (8) *Acta Erud. Lypsiae* 1686. (9) Haller *Elem. Physiol. T. VIII.* (10) Haller *in Praelect. Boerh.*

Giovanni Leoni macellaro in Pitigliano, appartenenti ad un feto corrotto, di cui il rimanente doveva essere stato di già espulso. Il sacco, ove erano stati ritrovati, non aveva alcuna comunicazione coll' utero, ed era aperto all' esterno.

§. 7. La caduta delle uova nel basso ventre degli ovipari per un difetto qualunque, appartenente agli ovidutti, o agli ovicini medesimi, è ancor meno rara, che negli animali vivipari. *Vallisneri* ha esposte le osservazioni da esso fatte sopra due galline divenute sterili, ed aventi il ventre turgido, come se fossero state prese da idropisia, mentre si trovò nella pelvi un insieme di uova cadute nel ventre, delle quali si era formato un mostruoso ammasso (1). *Morand* ha veduto presso a poco lo stesso fenomeno, che attribuisce alla troppa grandezza dell'uovo; e nota che il bianco era indurato a segno, che potè dividerlo in trentasei strati (2).

Della Gravidanza Tubale.

§. 8. *Mohrenheim*, partigiano del sistema della generazione di Ippocrate, ha ammesso, che tra le cause della gravidanza tubale avesse piuttosto luogo la troppa dilatazione della tuba, anziche il ristringimento, per lo che, incontrandosi il seme maschile lungo questo canale con quello della femmina, avesse luogo la gravidanza tubale. Per coloro che amassero le congetture, esisterebbero nelle diverse storie di tali casi alcune circostanze atte a provare, indipendentemente da ogni teoria sulla generazione, che, se non la dilatazione, lo stato di rilasciamento almanco di questi canali possa essere esistito nelle donne, che ne presentarono il soggetto. Queste disgraziate infatti per la maggior parte non furono nè spose felici nei loro amori, nè donne favorite dalla fortuna; ben poche nella più fresca età; alcune precedentemente malate, o indebolite da gravi fatiche, e la maggior parte già madri di altri figli.

§. 9. Da questo fatto, che ciascuno può verificare, emerge un'altra conseguenza relativamente alle cause, che i vizi cioè di conformazione della tuba, del corpo fran-

---

(1) *Trattato dei Mostri*, (2) *Memoires de l' Acad. R. des Sciences* 1748.

giato, ammessi da alcuni, sono cause assai più rare delle gravidanze estrauterine, che quelli di sopra rammentati (§. 5, 6). Si narra nel Dizionario delle Scienze Mediche, che una donna, morta per gravidanza estrauterina all'Ospizio di Maternità, aveva detto che il timore di esser sorpresa con il di lei amante, nel sentir muovere la chiave della porta della sua camera, le fece provare la più viva emozione all'epoca in cui doveva aver concepito. Una causa probabilmente analoga sembra potere aver riconosciuto la gravidanza della tuba sinistra annunziata nel Vol. XXXVI. degli *A. U.* di Med. del Dott. Omodei.

§. 10. La gravidanza della Tuba Fallopiana frattanto è, tra le estrauterine, non solo la più frequente, ma ancora disgraziatamente la più funesta, sia per il feto, quanto per la madre. Espongo per prima prova di ciò il caso da me osservato per scendere di poi ad altre prove di fatto.

§. 11. Caso I. Mustiola Ginanneschi di Pitigliano di anni 28, sanissima fino all'anno diciottesimo, nel quale si maritò, felice nella prima gravidanza, e nel successivo parto di un bambino, tuttora vivente, che allattò senza disagi, passò sei anni e mezzo nel matrimonio, prima di restare incinta per la seconda volta. In questo intervallo andò soggetta a convulsioni, le quali non di rado finivano colla catelessi. Ricorrevano sovente ogni mese, talora ogni due, qualche volta dopo quindici giorni; sempre poi quando le inquietezze, e disturbi domestici, che erano spessi e gravissimi, turbavano fortemente la di lei fantasia. Nell'anno 1817, dopo un corso di febbre petecchiale, e più precisamente verso la metà del Settembre divenne gravida per la seconda volta. Essa ne fu assicurata non solo dalla mancanza dello scolo mensuale, in lei regolarissimo, ma ancora dall'avversione ai cibi di sostanze animali, quale aveva sperimentata in sommo grado nella prima gravidanza. Nel mese di Ottobre successivo incominciò a soffrire varj dolori nell'estensione di tutto il basso ventre, senzachè sede permanente mostrassero in un luogo piuttosto che nell'altro, sebbene fossero più manifesti nella regione ipogastrica. Altronde però siccome questi erano per lo più tollerabili, soffrivali in pace senza ricercare alcun rimedio, e senza farne parola con alcuna persona dell'arte, e, come costumasi dalle donne gravide di provincia, le quali riferiscono sempre gl'incomodi ad eccesso di sangue, e con una emissione di

esso, credono tosto di liberarsene, o renderli minori, così essa, nel mese di Novembre, dimandò che gli fosse cavato sangue, lo che fu promesso al finire del terzo mese. Frattanto i dolori esacerbavansi, e si estendevano fino allo stomaco, e non rade volte dopo un accesso spasmodico, dallo stomaco estendevansi a tutto il ventre. Circa la metà di Dicembre, dopo un fiero attacco di dolori alla regione del pube, e dei lombi, cadde in un perfetto deliquio. Riavutasi da questo, nella veniente mattina volle consultarmi sopra i di lei incomodi, i quali erano quelli stessi di sopra indicati. Era chiaro, che dall' utero essi avessero origine, cosa non straordinaria nei primi mesi di una gravidanza, e che l'affezione, estendendosi per consenso a tutte le altre parti del ventre, si poteva caratterizzare per spasmodica ed irritativa dell'utero. Prescrissi ad essa fomentazioni, clisteri emollienti, e bevande anodine, e da ciò sembrò che ne ottenesse tregua e riposo. Dopo pochi giorni però, i dolori e gli spasmi ricomparvero con più forza, e violenza; sopraggiunse ad essi la febbre, che assunse il carattere di remittente, e si suscitarono delle convulsioni, amarezza di bocca, incitamento al vomito, cardialgia, sviluppo di flati disgustosi, e senso di debolezza generale, sintomi tutti che cessarono dopo un vomito provocato, ed abondante di bile, con qualchè verme. Il 25 Decembre fu presa da violenta convulsione, che la portò allo stato di catalessi, come altre volte era accaduto, e come ho disopra accennato. Si sviluppò in questo attacco il meteorismo al basso ventre con senso di dolore, insopportabile specialmente allo stomaco, e con dolori fissi verso la regione del pube. Potendo temersi dall' insieme di tali sconcerti un vicino aborto, o l'esistenza di qualche altro disordine nella gravidanza, esplorai lo stato dell'utero per la parte della vagina, e sentii che l' orifizio interno, situato naturalmente, era un poco dilatato, e il muso di tinca ingrossato ed alquanto appianato. Il tatto intollerabile alla regione del pube, unitamente agli altri sintomi mi determinarono a fare una emissione di sangue, la quale però non portò cangiamento essenziale nello stato penoso della malata. La febbre diminuì infatti, divennero più regolari le escrezioni alvine, ma non cessarono, nè variarono di sede i dolori. Il 1 Gennajo 1818 i dolori sembravano affatto dileguati, e la malata potè attendere alle sue domestiche occupazioni; e si osservò in essa molta calma fino a notte avanzata. A quest'epoca ricomparvero

i dolori che nella mattina del dì 2 divennero acutissimi a segno che diceva non potervi resistere, ed erano accompagnati da convulsioni, da abbandono generale di forza, da un color giallo fosco, che le cuopriva la faccia. Qualche tregua ottenne nondimeno nel corso della giornata, ma circa le ore otto della mattina del 3 cessò di vivere in mezzo ai più atroci spasmi, e dolori.

Il Sig. Chirurgo Galli che era meco presente a questa ultima scena, dopo riconosciuta la vera morte della paziente, si accinse all'operazione cesarea; ma appena penetrato col coltello nella cavità addominale, si vide comparire una quantità di acqua, e poi sangue atro, ed il fluido uscito, dopo ingrandito il taglio, si calcolò per circa otto libbre. Furono estratti diversi grumi di sangue avanti di scuoprire lo stato dell'utero. Questo era un poco più grande dell'ordinario, ma tale però da non potersi credere che fosse gravida; specialmente del tempo che ci si faceva credere. Si vide bensì a destra di esso un corpo della figura presso a poco di un grosso arancio, e di color molto fosco. Inciso questo nella parte superiore, dopo sgorgate poche acque, si scuoprì un feto di tre mesi circa, ben conformato, di sesso mascolino, e che dava ancora qualche segno di vita. Estratto esso dal tumore, e battezzato; messa a nudo la placenta e le secondine, si lasciò tutto in sito, rimettendo l'esame più minuto al dopo mezzo giorno. Tutti i visceri addominali essendo in stato di salute, si estrasse tutto ciò che era contenuto nella pelvi. L'utero non presentava molta alterazione nella sua sostanza, sebbene il suo calore pareva alquanto più vivo, e solo esisteva un principio di mortificazione nella parte superiore media *E* dell'alto fondo piuttosto verso il retto. La parte esterna anteriore, e quella posteriore *D* dell'utero (*) non offriva alterazione. I ligamenti rotondi *CC*, l'ovajo sinistro F, quello destro *G*, e la tuba fallopiana sinistra, con il ligamento largo di questa parte erano in stato sano, e niuna lesione, o vizio esisteva nei pudendi esterni, o nella vagina *A*, ma bensì la vessica *B* era più piccola e contratta dell'ordinario. Il sacco ove era contenuto il feto, *Fig.* 1, era formato di una sostan-

(*) *La Figura II rappresenta la faccia posteriore dell'utero, e la I, quella anteriore. Le dimenzioni delle figure sono la metà del pezzo patologico.*

za membranacea densa, fornita di molti vasi sanguigni; che l'estremità inferiore di esso *HHHH* abbracciava per così dire l'ovajo destro, ed era formato di tuniche meno dense, e più scarse di vasi sanguigni. La forma della placenta, e sue membrane era totalmente regolare, ma di grandezza minore di quello che suol essere ai tre mesi. Il sacco era diviso in due cavità da un setto membranaceo della stessa struttura del sacco istesso, senza che la cavità superiore *N*, già occupata dal feto, comunicasse coll'inferiore. Nella parte media inferiore dell'altro sacco esisteva una lacerazione *LL* per la quale, introdotto un dito, si estrassero dei grumi di sangue di varie forme, e consistenza, e taluno di essi vestito da una seudomembrana. Si vide allora chiaramente, che il primo sacco era formato tutto dalla tuba, e l'altro dal ligamento largo adeso alla medesima, che le somministrava una parete comune ad ambidue. Si vide nondimeno dal difuori tutto il sacco vestito da una sola membrana, che si estendeva quasi fino al collo, come vedesi nella *Fig.* 2. Dal collo quasi dell'utero risalendo fino alla sommità del sacco partivasi un ingrossamento della membrana esterna a guisa di cordone *II*, che non aveva alcuna corrispondenza con la faccia interna del sacco. Nella sommità del sacco medesimo esistevano alcuni corpicciuoli o ineguaglianze, che potevano somministrare l'idea di un vestigio del corpo frangiato, alterato dal processo infiammatorio, che dovette aver luogo in tutta la tuba. Si aprì l'utero longitudinalmente per ricercare la comunicazione tra questo viscere ed il sacco superiore, ma non fu possibile ritrovare alcun vestigio del condotto della tuba fallopiana. Si vide bensì nella cavità dell' utero una sostanza poliposa, che la riempiva di colore oscuro, in parte più densa, in parte più friabile, derivante probabilmente dal sangue raccolto ed esaltato alla superficie della membrana decidua.

§. 12. Resulta chiaramente in questo caso, che lo sviluppo del feto accadde fuori dell'utero, sia per la situazione della placenta, per la niuna comunicazione tra l'utero ed il sacco, per la mancanza di tracce di accaduta rottura dell'utero, pressoche impossibile nei primi mesi della gestazione, per la non ammissibilità in fine, che potesse aver avuto luogo tra le pareti dell'utero medesimo (§. 3), perchè la parete destra non mostrava alcuna differenza da quella sinistra. Resulta ancora, che

il sacco contenente il feto era formato dalla tuba destra gradatamente dilatata, sia per la posizione del sacco medesimo, sia per la mancanza della tuba in questo lato, senza che possa fare ostacolo l'obliterazione totale del canale, che taluno ha detto trovarsi costantemente pervio, poichè ben si rileva dai precedenti sintomi, che in questo caso dovette aver luogo un processo di infiammazione adesiva, che non permesse a noi, come non fu permesso a *Langstaff* (1) di ritrovare quello che in altri casi si potè conoscere (2), e come si è veduto da *Benevoli*, e chiarissimamente da *Gambini*, ed anche osservato recentemente dal Prof. *Betti* di Firenze. Non poteva poi ammettersi che questo germe si fosse sviluppato nell'ovajo destro, perchè questo era del tutto sano, ed indipendente dal sacco superiore; nè tampoco riferire si potrebbe a gravidanza ventrale, perchè la placenta non aderiva ad alcun'altra parte, fuorchè alla faccia interna del sacco, e per conseguenza alla superficie interna del condotto tubale.

§. 13. Analoghi molto a questo caso, per l'esito, e per la durata sono quelli esposti da *Vassal* e *Dionis*, da *Gambini*, e da *Clarke*, sebbene in quest'ultimo la gravidanza non si prolungasse al dilà del secondo mese (3); e sebbene vi sia qualche caso di gravidanza tubale avanzatasi fino al suo termine, senza gravi sconcerti; nella massima parte però dei casi moltissimi se ne osservarono, e tanto più imponenti di quelli che accompagnano le gravidanze estrauterine della II, e III. specie. Questi casi però, ed altri, soltanto vari per alcune circostanze, fanno ancora conoscere che i feti sviluppati nelle tube, oltre l'esser cagione di gravi sconcerti di salute nella madre, ed essere essi stessi nel loro proprio sviluppo comparativamente più piccoli, giungono raramente alla loro maturità. Io non pretendo revocare in dubbio la possibilità di una distensione delle tube, tale da poter contenere un feto di nove mesi, poichè l'anatomia patologica ha fatto vedere, che sono capaci di una sorprendente distensione,

---

(1) *Nell' Indice generale si troveranno indicate le memorie degli Autori che non sono qui accennate.*

(2) Haller *Elem. Physiol. T. ultimus.*

(3) *Trans. Fil. della Soc. Med. Chir. di Londra* 1793.

sia per idatidi, come nel caso riferito da *Morgagni* (1), in quello riferito da *Tulpio*, e nell'altro di *Munnick* (2); da *Haller* (3), dal *Journal de medecine Janv.* 1774 adduconsi inoltre tre esempi di feti vissuti sino al nono mese, e, con caratteri di maggior credibilità di questi, ne danno una prova le relazioni di *Birbeck*, quella di *Mouncey*, di P. B. *Calvo* (4), e di qualcun'altro, come si vedrà altrove. Pur tuttavia in generale questo accidente è meno probabile nella gravidanza tubale, che in quella del ventre, e delle ovaja. Ma però come accade tra le donne uterogerenti, che lo sviluppo di volume del ventre si osservi ora comparativamente più presto, ora comparativamente più tardi che in altre, o che per tutto il corso della gestazione sia comparativamente minore, così lo stesso potendo accadere nello sviluppo del feto tubale, un tal fenomeno ci servirà di guida ad intendere come in alcuni pochi casi si ritrovasse la gravidanza tubale ben presto incomodissima e fatale, e come in altri meno incomoda, e protratta ad un'epoca molto avanzata. I casi in fine di quelle donne, le quali hanno portato il feto tubale molto tempo al di là del 9.° mese impunemente, avendo mostrato, che lo scheletro era assai piccolo, ci fanno conoscere che la distensione realmente non fu nè somma, nè rapida, e che si accrebbe in un modo molto regolare, tale almeno da non cagionare la rottura della tuba medesima. Senza ammettere questo incremento irregolarmente progressivo del feto, e delle acque non si potrebbe intendere, anche avuto riguardo al diverso grado di sensibilità dell'individuo, come in alcuni casi sia accaduta la rottura della tuba a sei settimane, in altri circa il terzo, ed in altri dopo il quinto mese, come nel caso riferito da G. D. *Santorini* (5), in altri al settimo, come in quello di *Benevoli* (*Osserv. VII.*), ed in altri la gravidanza sia giunta esattamente al nono mese, come nei casi sopra indicati, ed in quello esattamente riferito da *Saxtorph* (6).

---

(1) *Epist.* 45. (2) Conradi *Anat, Pat. Vol. V.* (3) *Systema generationis.* (4) *Acad. des Scien.* 1714. (5) Uccelli *Anno Clinico. A. U. di Med. l. c.* (6) *Nouveau bullettin de la Soc. R. de Méd. de Copenhague Vol.* 5. 1818.

§. 14. Allora quando una gravidanza tubale procede senza gravi accidenti, e che niun processo inflammatorio abbia luogo perciò in queste parti; che l'apertura di comunicazione tra la tuba, e l'utero si mantenga perfettamente aperta, è in questi casi che, all'epoca ordinaria del parto possono rompersi, durante le doglie, le membrane delle acque, e queste evacuarsi per le vie naturali, egualmente che gli altri fluidi, che sono il prodotto della corruzione delle secondine, e dipoi delle parti molli del feto. Ad un tal caso parmi che possa riferirsi la gravidanza della donna di Acquapendente da me visitata, ed esaminata nel 1820, della quale ecco in compendio la storia.

§. 15. Caso II. Angela Cesarotti, di professione campagnuola, si maritò circa il vigesimo anno con un uomo della sua classe, e pochi giorni dopo restò incinta, ma nè la gravidanza, nè il parto alterarono la di lei salute. Dopo quattro anni circa fu gravida per la seconda volta, e durante la gestazione soffrì notabili perturbamenti nella digestione, febbri, e poi uno stillicidio di sangue per la vagina. Partorì al settimo mese una bambina mal nutrita, che visse quindici giorni soltanto, e la madre ebbe un puerperio di sei settimane. Scorsi cinque mesi dopo il parto fu gravida per la terza volta, ma al terzo mese di una gravidanza molesta al pari della seconda, in mezzo a più profusa perdita di sangue abortì, e le febbri continuarono ad affliggerla per un mese dopo l'aborto. Dopo pochi mesi fu gravida per la quarta volta: ma non più felice che nelle due precedenti, e previa la solita emorragia rigettò al quinto mese due feti morti, ambedue di sesso mascolino. L'emorragia, e la febbre si prolungarono al di là dell'ordinario puerperio, e la convalescenza fu lunga e penosissima. Nel Settemb. del 1815, dopo quattro mesi di regolare mestruazione restò incinta per la quinta volta. Comparvero le solite simpatie, ed antipatie come nelle altre gravidanze, ma non già scolo sanguigno dall'utero, se si eccettui qualche piccolissima cosa, come aveva veduto anche nella prima gravidanza. Ebbe di straordinario in questa la vomiturizione ed il vomito; una mancanza di forza nell'articolo destro che l'obbligava sovente a sedersi, durante il cammino; il turgore del ventre costantemente nel destro lato; i movimenti del feto incomodissimi per cui era obbligata a giacere sul lato sinistro. All'ottavo mese osservò la particolarità di avere il ventre più turgido, ma meno elevato

dell'ordinario. Prima che fossero compiti i 9 mesi le comparvero dei dolori analoghi a quelli del parto, e durante un accesso di questi, un crepito come se si fossero rotte le membrane delle acque, e si trovò di fatto bagnata. Fu chiamata la levatrice, che altro non trovò, fuorchè lo scolo di un sangue atro per la vagina: ma siccome i dolori erano scomparsi, e l' utero chiuso, nè da essa, nè dal Chirurgo più si pensò a questo accidente. Dopo 24 ore le mammelle si fecero turgide, e dolenti per l' afflusso del latte, e comparve la febbre accompagnata da convulsioni. Si osservò a tal epoca dagli astanti che il turpore del basso ventre persisteva sempre a destra, con forma alquanto irregolare, ove provossi dalla paziente molesto dolore per molti giorni. A capo di due settimane circa cominciò a fluire dalla vagina un icore fetentissimo e cuocente. Questo scolo durò tre mesi, e a proporzione che andò diminuendo il tumore divenne meno dolente, e si osservò diminuire grandementedi mole, quale al cessar dallo scolo poi restò stazionaria. La donna godeva buona salute da più di un anno, ed era regolarmente mestruata, quando circa la fine del 1818 si risvegliarono nuovi dolori sotto l' ipocondrio destro, e cominciarono a fluire per la vagina altre materie fetenti al pari delle prime, ma più dense. Nei tre mesi che persisteva questo secondo scolo, il tumore del ventre diminuì ancor di più, e tornò dipoi a farsi stazionario. Sulla fine del 1819 restò nuovamente incinta.

Nel corso di questa sesta gravidanza si risvegliarono i dolori, che dall'ipocondrio destro si estendevano alla coscia corrispondente, ed alla vescica orinaria, di modo che fu costretta a restare quasi sempre in letto. Al terzo mese abortì un feto maschio, quasi tutto putrefatto. Quindici giorni dopo l'aborto venne fuori la seconda, e quindi per tre mesi consecutivi soffrì uno scolo di materie biancastre. Nel luglio del 1820, non essendo ancora bene ristabilita dalle conseguenze dell' aborto, fu attaccata da febbri intermittenti accampagnate da diarrea, e frequenti convulsioni. Superate ancor queste, fu presa nell'Ottobre di detto anno da forti dolori di ventre, molestissimi specialmente nel lato destro. Dopo alcuni giorni si accorse di aver restituito per l'ano alcuni pezzetti di osso, che furono smarriti. A capo di due settimane, provando questa donna un ostacolo alla rejezione delle feccie, estrasse da per se stessa un pezzo di osso, che si

riconobbe appartenere ad un feto umano. Il 3 Novembre, giorno in cui io la visitai per la prima volta, aveva restituito in altre tre consecutive evacuazioni due pezzi dell'ossa parietali, e due dell'occipitale, e nella notte del 4 evacuò in una sola mossa undici costolette, una scapula, un'altra parte dell'occipitale, una porzione della mandibula inferiore, ed alcuni pezzi della colonna vertebrale, in tutto 18 pezzi ossei di colore nerastro, quasi erosi, e fetentissimi. La rejezione delle feccie, come quella dell'orina erano accompagnate da forti dolori. Nel visitare la donna, in compagnia del fu Sig. *Vincenzo Grilli* allora Chirurgo assistente, ritrovai l'orifizio dell'utero onninamente chiuso, e la vagina intatta: ma non riuscì però nè a me, nè ad esso ritrovare, per la parte dell'intestino retto, il punto di comunicazione con il tumore crepitante, che pure sentivasi nella parte destra dell'addome tra l'ipocondrio e l'inguine, senza oltrepassare la linea alba. La donna era in stato di salute sufficientemente buono. Continuò a rendere degli ossetti fino al dì 8 di detto mese.

Circa il fine di Febbràjo 1821 si suscitò nuova infiammazione nella parte, accompagnata da gravissimi dolori, e due giorni appresso, nell'atto che la donna rendeva un clistere introdotto con gran difficoltà nel retto, sentì un forte crepito, in seguito del quale tramandò dalla vagina una quantità di vento, poi materie giallastre, fetenti sterco. Nel dì 7. Marzo vennero fuori per la via dell'ano altri frammenti di ossa. A quest'epoca il Sig. *Grilli* mi fece sapere di aver riscontrato per la via dell'ano il punto in cui il piccolissimo tumore residuo corrispondeva lateralmente a destra dell'intestino retto ma non l'apertura del medesimo: pure alla fine dello stesso mese fu sestituita un'altra porzione di mandibula inferiore del feto, ed alcune altre ossa, che la donna lasciò stare con le materie stercoracee.

Dopo quell'epoca la donna è stata regolarmente mestruata, non ha avuto alcuna di quelle febbri lente, che provò per il corso dei sei mesi durante i quali restituiva i pezzi ossei. Nell'estate del 1823, quando scriveva questa storia, godeva tuttora di buona salute, ed era regolarmente mestruata.

§. 16. Se non si volesse ammettere che questa gravidanza fosse stata tubale, non potendo cadere in mente che sia stata ventrale, e dell'ovajo, bisognerebbe ricor-

rere alla rottura dell' utero nell'epoca del parto, ovvero ad una gravidanza intraparetale (§. 3): Ma come che mancarono i sintomi della rottura dell'utero (vedi *Merriman* pag. 96), e non è presumibile che l'utero si dovesse allora trovare chiuso; che si mantenesse, o nuovamente si aprisse una comunicazione tra esso ed il feto, le di cui parti molli ridotte in materia puzzolente tornarono a fluire, dopo un anno circa, per la vagina, bisognerebbe ammettere piuttosto il secondo caso. Si dice che *Héderich*, *Albers*, *Carus*, *Lobstein*, *Breschet* trovarono una tal gravidanza; nè io mi oppongo: ma nel caso nostro, supposto il canale nella situazione descritta da *Baudelocque*, perchè quella straordinaria forma del corpo durante la gravidanza; perchè la situazione costante a destra fino all' ultim' epoca della malattia; perchè le ossa non scendere per la stessa strada; perchè sentirsi dal Sig *Grilli* il tumore a destra dell' intestino retto? mentre la posizione dell' orifizio, e collo dell' utero fu trovata da esso e da me naturalmente situata?

§. 17. Oltre queste ragioni, e quelle che nella storia sopra esposta trovar potrà l' intendente dell'arte, onde condonarmi l'errore, qualora avessi io forse precipitato il giudizio sulla vera sede di questa gravidanza (§ 14), offro ad esso, e ad ogni altro lettore di questa memoria il caso della donna di Brescia, descritto da Fabbrizio *Terzilana*, onde decida se l' analogia di questo con il precedente corrobori il mio parere, o sia stato preso sbaglio in ambedue i casi.

§. 18. Caso III. *La Sig. Caterina Barberi, restata gravida, si accorse che il volume del corpo non era, come altre volte, mezzo sferico, ma molto acuto, e disuguale da un canto, o come diceva, storto e mal fatto. All' epoca del parto fu atrocemente travagliata da dolori, ma inutilmente. Uscirono frattanto copiosamente sangue, e sierosità. Dopo alcuni giorni cessarono i dolori, non restando che un solo tumore nell' ipogastrio destro, per cui fu creduto da alcuni medici che si fosse trattato di una gravidanza falsa. Scorsi alcuni altri giorni, incominciarono a colare per la vagina materie putrefatte, ma con poca diminuzione del tumore, sebbene molto mitigati fossero i dolori. Passate alcune settimane incominciò a menare una vita infelicissima, sempre cagionevole ed angosciosa, che la tormentò per lo spazio di sei anni, essendo agitata ora da dolori*

atroci, ora da febbre lenta, che talvolta si faceva più mordace: mentre continuava per la via naturale lo scolo di materie fetenti. Ciò nullaostante si erano stabiliti regolarmente i suoi corsi mensuali. Sulla fine del sesto anno il tumore si fece più acuto, e si inalzò dalla parte destra sotto il bellico. Si aprirono qui due fori, per i quali stillarono materie icorose, e durante questo tempo cessò lo scolo per la vagina. Terzilana *volle che fossero dilatati, lo che fu fatto da* Rubini, *il quale trovò nel sottoposto tumore un corpo duro, ed estrasse tosto con le tanagliette una costola, poi le altre, e quindi le ossa delle braccia, delle cosce, delle gambe, ed a poco a poco le vertebre. Vi restava il capo, la di cui estrazione fu procrastinata ad altro giorno, essendo necessario dilatare il taglio; la testa però non si potè cavare intiera, ma in pezzi. Estratto tutto lo scheletro dal corpo della madre le materie continuarono a fluire per alcuni giorni. Cessò di poi la febbre, quindi rimarginossi la parte, e risanò perfettamente. I Medici decisero, che il feto non fosse stato nell'utero, ma cresciuto nella tuba.*

§. 19. Se sbaglio frattanto fosse accaduto nel giudizio sulla vera sede della gravidanza in questo III, e nel precedente Caso II, debbo rammentare che in quello riferito, ed esaminato da *Saxtorph* (§. 13) all'epoca del nono mese si osservò lo scolo delle acque per le vie naturali, mentre l'autopsia cadaverica mostrò chiaramente che il feto occupava la tuba sinistra.

§. 20. Da quanto abbiamo veduto (§. 15, 18), e dalle molte storie di feti, le di cui ossa furono espulse a pezzi, o per la via della vagina, o per quella del retto, o per altra via apertasi nelle pareti dell'addome, qualunque sia stata la primitiva loro sede (1), si vede che la forza dell'organizazione dell'individuo non è priva di risorse per sbarazzarsi da un corpo estraneo. Il tempo però che il feto morto può restare nel ventre della ma-

---

(1) Bartolinus. *De insolitis partus viis* — Trans. Filos. *An.* 1696. *art. VII.* 1697 *art. IX.* 1701 *art. VII.* 1705 *n.* 302 1724 *art. IV.* — *Comm. Litter. Norembergae* 1732. — *Histoire de l'Acad. R. des Sc.* 1709. Le Dran *Obs.* 22. Baudelocque *l. c.* — Conradi *Anat. Patol. ec.*

dre è indeterminato. Talvolta anzi la dimora di esso è stata non solo lunghissima, ma dopo qualche tempo, senza alcun incomodo, e la morte della madre è accaduta indipendentemente da questo. Tali sono il caso riferito da *Walter* del feto che dimorò 23 anni nel ventre della madre; quello di *Blegny* (*Zodiacus Medic. Obs. IX.*) in cui, oltre l'aver dimorato 20 anni nel ventre della madre, conservò il peso di libbre otto; il caso di Mad. Ball esposto da *Middleton*, la quale durante i sedici anni di dimora del feto estrauterino nel di lei ventre concepì, e diede alla luce altri quattro figli.

§. 21. I casi più sorprendenti però in questo genere, sono quelli della donna di Leinzell (*Atti dell' A. R. delle Scienze di Parigi* 1721), e della donna di Joigny (*Mem. della stessa Accad.* 1748). La prima, dopo la gravidanza estrauterina, e l'inutili doglie del parto, al fine dei nove mesi, diede alla luce altri due figli; sopravvisse 40 anni al marito, sostenendo sempre di esser gravida; e morendo nella sua decrepitezza ordinò che si aprisse il di lei corpo. Fu trovato una specie di palla (si disse di consistenza lapidea) contenente un feto in parte ossificato, ed in parte cartilagineo, che secondo *Camerer* costituì una gravidanza tubale. Maria Bresse di Joigny, dopo avere avuto una gravidanza, e le doglie del parto con circostanze presso a poco analoghe a quelle della donna di Acquapendente, scorsi otto mesi, durante i quali si era molto mal ridotta, conservando sempre il ventre turgido, tornò a godere della salute per trent'anni, senza esser mai più mestruata, ed al 61 anno di sua vita morì di una infiammazione al petto. Si trovò, nella sezione del cadavere, un corpo di apparenza scirrosa, grande quanto la testa di un uomo, che sembrava partirsi dalla tuba destra con aderenze morbose a vari visceri addominali, del peso di libbre otto, contenente un feto maschio, i di cui involucri erano in parte cartilaginei ed in parte ossei. Molte altre particolarità interessanti, meritano che dal lettore si consulti la memoria originale.

§. 22. Come avvenga questo passaggio del feto, e suoi involucri all'induramento non è abbastanza noto, perchè i rapporti del feto trettenuto nel ventre sono ben diversi da quelli di un viscere, che passa a prendere una durezza cartilaginea, ed ossea, come nel caso dell'utero divenuto totalmente osseo, riferito da *Bertola* (*A. U. di Med. dell' Omodei T. V.*), ed in moltissimi altr tal fatta.

Si può tuttavia congetturare, che avendo luogo un esalazione delle parti più fluide contenute nell'uovo non rotto, ed una grande attività nel sistema assorbente delle parti, che lo circondano, dall'addossamento delle particelle terreo-saline alla superficie interna delle membrane, ed esterna di quella del feto incominci l' incrostazione, e quindi l' induramento, lo che sembra confermato dalle seguenti osservazioni. *Joury* trovò della materia gessosa tra le membrane ed il feto, che dimorò quattro anni nella tuba destra, e che fu dipoi presentato a *Du Verney*; simile sostanza occupava gli spazi tra il feto, e la cisti del germe, che la donna di Tolosa ritenne 26 anni nel ventre, e la cisti era in parte cartilaginea in parte callosa; ad una massa quasi terra era ridotto il feto di cui parla *Cheselden* nella sua Anatomia (Tab. 56); incrostazioni lapidee, dice *Albosius* aver ritrovate alla superficie del feto, che dimorò 28 anni nel ventre della donna di Sens; ed ossea era la sostanza delle membrane, e la superficie del feto nel caso riferito da *Vornier*, e *Walter*. *Morand* avverte su questo fenomeno, che quanto minore è la superficie del feto, maggiore è l'addossamento e corrugamento della cisti, e perciò quanto più la forma di un corpo si accosta alla globulare tanto più facile è questo passaggio all' induramento.

§. 23. Nel percorrere la storia di questi casi, fortunati comparativamente alle triste conseguenze osservate in altri, ho veduto che queste donne erano per la massima parte di ottima costituzione, che niuna aveva sofferto aborti prima della gravidanza estrauterina, e per la massima parte in età molto avanzata, senza rammentare quella di cui parla *Walter*, che aveva 53 anni, e che perciò quest' esito non è sperabile che sotto un concorso di felici condizioni non tanto facili a combinarsi in uno stesso soggetto.

Ho ancora ricercato se scorsi cinque o sei anni da che il feto dimora nel ventre della madre potesse da questa sperarsi di andare esente dagl' incomodi, e dai pericoli di una suppurazione, ed ho trovato che, sia per casi di gravidanza estrauterina, sia per passaggio dall' utero nel ventre, essersi, non solo dopo i sei: ma dopo gli otto e più anni, sovente formate pericolose suppurazioni, le quali non sarebbero felicemente terminate, senza il soccorso dell' arte, come nei casi riferiti da *King*, da Diomede *Cornaro*, da *Mounsey*, e da altri. Nella lettera

scritta da *Hertog* a Mattia *Cornace* si legge il caso di una suppurazione con rejezione di ossa, incominciata dopo l'ottavo anno, e non terminata al tredicesimo; *Underwood* cita il caso di una donna, che sette anni dopo il passaggio del feto nel ventre, per rottura dell'utero, ebbe una gravidanza estrauterina, e dopo 21 anno incominciò la espulsione delle ossa per l'intestino retto, quale continuò per 18 anni; *Percival* nei suoi Commentari di Medicina parla di un feto, le di cui ossa furono rese per l'ano, dopo 22 anni da che era nel ventre; *Sckippon* riferisce il caso dell'infelice donna, alla quale nel 51 anno, si aprì una postema nell'inguine destro da dove per otto intieri anni continuarono ad escire gli ossicini di un feto, restato nel di lei ventre da venti anni; casi tutti i quali ci fanno conoscere, che se la natura fa talora degli sforzi mirabili, vi sono però dei limiti, che non possono essere estesi fuorchè dall'arte.

Della Gravidanza estrauterina Ventrale.

§. 24. Bisogna confessare, che questa seconda specie, nel numero dei casi descritti, offre spesso dei dubbi, se molti ci è dei feti ritrovati nella cavità del ventre appartenessero realmente alla gravidanza estrauterina, o sivvero alla rottura dell'utero, ed è stato forse dietro la lettura di esposizioni di fatti imperfette ed oscure, che talvolta si è revocata in dubbio. Quando si è trascurato, o non è stato permesso render conto dello stato dell'utero durante la gravidanza, e specialmente negli ultimi mesi della medesima: quando s'ignorò, o non si tenne conto esatto dei fenomeni accaduti al termine della gestazione, o in quella qualunque epoca nella quale si presagiva il parto, io convengo, che questo dubbio ha molti fondamenti. Pur tuttavia allorquando, oltre la presenza del feto, si è trovato nella cavità del bassoventre ancora la placenta con le sue dipendenze aderente ad una qualchè parte, come al fegato, al diaframma, agl'intestini, al mesenterio ec. data ancora l'ignoranza di molte circostanze precedenti, parmi questo il caso nel quale possa ammettersi che l'uovo, abbracciato dal corpo frangiato della tromba, ed abbandonato, per qualcuna delle cagioni rammentate (§. 4) siasi attaccato ad una qualunque parte, non esclusa la faccia esterna, e le appendici dell'utero, e quivi abbia preso sviluppo, ed incremento in un modo

atto al mantenimento della vita del feto per un tempo più o meno eguale a quello della gestazione uterina. Ed è ben concepibile poi come quest' uovo, messo in movimento dal moto continuo degli intestini, sia stato talvolta obbligato ad impiantarsi in parti molto remote da quelle della generazione.

§. 25. Nella gravidanza ventrale il feto è suscettibile di un più libero sviluppo, che nella gravidanza tubale. Le di lui membrane s'ingrossano più dell'ordinario, specialmente se la parte ove aderisce la placenta sia molto ricca di vasi; ovunque però vada ad attaccarsi, là si forma un afflusso più o meno considerabile, dal quale poi il maggiore o minore sviluppo del feto. Il colore delle membrane è più fosco, alla superficie esterna delle quali si forma, secondo le osservazioni di *Baudelocque*, un' involucro esterno, si potrebbe dire una specie di *decidua*, che rende l'uovo indipendente dai visceri, che lo circondano, e presta ad esso lo stesso ufizio che le pareti dell'utero. Se però sotto queste condizioni si può dal feto menare più a lungo l'esistenza, ed essere anche meno penosa o pericolosa la gestazione, per la madre almeno, sino al termine del nono mese: non mancano tuttavia esempj di aderenze morbose contratte non solo dal viscere al quale erasi applicata la placenta; ma ancora con le parti circonvicine. Esempj di tal fatta sono riferiti da *Sabatier* (1), da *Saviard* (2), da *Roonhuys* (3), da *Courtial* (4), da *Ucelli* (5), e da qualcun altro.

§. 26. E da avvertirsi frattanto, che sebbene sia vero essersi presa talvolta per gravidanza estrauterina ventrale la dimora del feto passato nel ventre per rottura dell'utero (§. 24) è altresì probabile che in molti di quei casi di feti rigettati per suppurazione formatasi in qualche parte dell' addome, nell' intestino retto, o nella vagina, e che si è detto essersi trattenuti per molti mesi ed anni nell'utero, senza alcuna relazione delle circostanze, che accompagnarono gli sforzi per partorire, siasi trattato di gravidanza estrauterina, e più verisimilmente ventrale. L'imperizia delle levatrici delle scorse età, e la poca perizia nell'esplorare; e nel riconoscere il vero stato del collo,

---

(1) *Observ. Anatom.* (2) *Recuil. d' Observ. Chirurgical.* (3) *Comp. delle Trans. Filos. di Gibelin T. X. art. 2.* (4) *Apud Mangetum*. (5) *Anno Clinico T. II.*

ed orifizio dell' utero convalidano i sospetti somministrati dalle inesatte relazioni.

§. 27. Tra i numerosi casi, che si potrebbero esporre per dare un' idea generale dell' andamento della gravidanza ventrale, parmi che meritino di esser conosciuti quelli riferiti da *Houston*, e da *Fern*, che pure mi permetterò di compendiare, senza togliere alcuna circostanza essenziale, e qualcun' altro ne indicherò atto a mostrare più chiaramente, che varie conseguenze di queste gravidanze.

§. 28. Caso IV. *La donna, che forma il soggetto della storia riferita da* Houston *era presso al 40 anno della sua età; aveva avuto dieci figli, gli ultimi dei quali soltanto aveva abortito. Non resulta che questa donna soffrisse gravi incomodi nell'undecima gravidanza, frutto di un secondo matrimonio. In vicinanza del tempo della maturità, sentendo da molti giorni i dolori precursori del parto, credè di essere al caso di mettere il feto alla luce. La madre della pregnante, e la levatrice crederono altrettanto; ma* Houston *avendo trovato, che l' utero non aveva acquistato la mole che suole avere allorchè racchiude un feto maturo, che il di lui collo era straordinariamente duro, l'orifizio del medesimo talmente chiuso da non potervi introdurre una tenta, e che la creatura si trovava tra l' utero, e l' intestino retto dichiarò il parto non avrebbe luogo. Egli espose allora alla paziente ed ai circostanti la necessità dell' operazione, le ragioni per cui il momento di farla era propizio, ed i pericoli ai quali andava ad esporsi rinunziandovi, come in effetto fece. Il parto non ebbe luogo, e nel seguente anno si formò una postema nel ventre della pregnante, quale visitata a quest' epoca, per la seconda volta da* Houston *fu trovata molto abbattuta. Gli fu prescritta una dieta consistente in cordiali nutritivi, qualche minorativo e clisteri emollienti. Mediante questa la donna potè tornare alle sue abitudini. Quindici mesi dopo, i dolori divennero acuti nella parte inferiore dell' addome ove il predetto Chirurgo osservò un tumore infiammato, teso e prominente sotto l' ombilico, il quale suppurò dopo pochi giorni. Fu proposta nuovamente, ma senza effetto l' incisione dell' addome nel luogo indicato dalla natura, tanto per dare escita alle ossa, quanto per impedire la formazione di una fistola. Incominciarono*

frattanto ad uscire da quest' ulcera non solo le parti molli e putrefatte del feto con alcuni ossicini delle mani, ma ancora le materie fecali della madre, che cinque mesi dopo cessò di vivere. Nell' apertura del cadavere si trovò che il sacco contenente lo scheletro del feto era realmente impiantato tra l' intestino retto, la vagina, e la parete posteriore dell' utero; che l' estremità superiore soltanto del sacco era quella che aderiva ai bordi dell' ulcera, e che perciò era assai difficile che tutte le ossa potessero escire senza soccorso dell'arte. Niuna particolar lesione si vedeva nell' utero, nè alle di lui appendici, come resulta dalla tavola annessa alla memoria originale dell' autore (1).

§. 29. CASO V. *La Donna di* Fern, *moglie di un uomo maltrattato dalla fortuna, e già madre di quattro figli, condotti felicemente a termine, era ingravidata per la quinta volta nel* 34 *anno della sua età. Questa gravidanza gli aveva occasionato, a differenza delle altre, dei dolori acuti verso l' ombilico, che dalle prime settimane fino al terzo mese si affacciarono, e la molestarono di tempo in tempo. Dal terzo mese al sesto andò soggetta a frequenti convulsioni, ed a gravi sincopi. Dal sesto all' ottavo mese la di lei salute, come pure quella del feto era grandemente migliorata, e solo nel nono cominciò a provare dei dolori analoghi a quelli del parto. Questi si resero così incomodi, che più essa non poteva giacere nè su i fianchi, nè sul dorso, ma era costretta a restare assisa su di una sedia, o nel letto col capo ripiegato sul petto. Giunta in tale stato all' Hotel Dieu fu osservato che a destra dell' ombilico esisteva una grande elevazione molto simile alla testa di un bambino, e che il ventre, al disotto di questa parte, era meno turgido di quello che suole essere nelle altre gravidanze. Nella esplorazione della vagina si trovò una prominenza, che sembrava formata da una grossa membrana ripiena di acqua, entro della quale parve alla levatrice riconoscere il calcagno di un feto ripiegato verso la coscia. L' orifizio dell' utero era situato tant' alto che appena si poteva arrivare, ma non riconoscere con il dito. Continuando i sintomi allarmanti fu creduto da due persone dell' arte che si trat-*

---

(1) *Transaz. Filosof. T. IV. Comp. di* Derehaw.

tasse di rottura della matrice, e si dovesse perciò affidare il tutto alla natura, e prescrissero alla pregnante soltanto un salasso. Dopo quest' epoca cessarono i moti del feto, il tumore del ventre si abbassò, ma la donna, colta da un idrope, cessò ben presto di vivere.

Nell' apertura del cadavere escirono quasi tre pinte di acqua mescolata con sangue, e si vide la testa nuda del feto, che era intiero, e rinchiuso in un sacco in parte cancrenato, e corrotto il che probabilmente dipendeva dai colpi frequenti portatevi dalla testa del bambino. Fu estratto questo feto dal ventre materno, e seguendo il cordone ombellicale si giunse alla placenta, la quale era molto voluminosa, aderente al mesenterio, ed al colon della parte sinistra, talmentechè vi fu molta difficoltà per distaccarla. Questa placenta, che rassembrava una massa carnosa, aveva una specie di appendice o altra piccola placenta anch' essa al mesenterio adesa, dalla quale si partivano dei rami per rendersi al cordone ombellicale. Il sacco si partiva da tutta questa massa in modo che si può credere che non fosse formato che dalle membrane proprie del feto, ed in parte dal peritoneo che cuopre l'appendici dell'utero. Le adesioni che aveva contratto erano tali che sembrava che questo sacco escisse dalla estremità della tromba destra, e si avanzasse obliquamente a sinistra ove l' ovajo sembrava meno intatto di quello destro. Questo sacco aveva occupato un notabile spazio nella cavità del ventre, ed aveva contratto qualche aderenza anche coll' intestino retto, e con il fondo della vescica. La parte cancrenata e rotta corrispondeva al luogo ove si era sentito il capo del bambino durante la vita della madre. Esaminando la matrice non si trovò in essa alcuna lesione o lacerazione, e si convenne da Du Verney, Mauriceau, Merry, *ed altri che il feto non aveva stazionato nella medesima, sebbene si trovasse un poco più voluminosa del naturale. Furono esaminate le trombe, e si trovò che la destra non dava passaggio alla tenta al di là di tre dita trasverse dell'utero; o non si potè riconoscere la cavità di questo condotto per l'adesione acquistata con le membrane del feto che sembravano, come si è detto, ricoperte da una produzione del peritoneo, la quale si estendeva dalla tromba destra alla sinistra con le adesioni poc' anzi indicate.*

§. 30. Nelle gravidanze ventrali, sia per la confricazione delle pareti dell'uovo con quelle dell'addome, sia quindi per le morbose aderenze, e processi infiammatori che si suscitano, sembra, nella generalità dei casi, che possa attendersi una suppurazione, la quale favorisca l'espulsione del feto più sollecitamente, di quello che non accade nelle altre gravidanze estrauterine, e vi è ragione di credere che da questi sforzi della natura si sarebbero più spesso ottenuti maggiori vantaggi se fossero stati opportunamente secondati dall'arte. Il fatto riferito nella Cronaca di Slesia del 1581 esposto ancora da *Conradi* (*Anat. Patol. Vol. V.*) (1) quello esposto da *G. B. Bianchi* (2), e da *P. B. Calvo*, e quello veduto da *Cassini* (3) possono, tra gli altri servir d'appoggio a questa asserzione. La donna Olandese, di cui parla *Roonhuys*, verso il termine ordinario della gravidanza cominciò a soffrire gravi dolori analoghi a quelli del parto, che si mantennero tali per quattro giorni. L'orifizio dell'utero però era chiuso, e nulla fluiva per quella parte. Poco dopo comparve un tumore assai dolente al disopra dell'ombellico, del quale si voleva fare l'incisione. Questa specie di gastrotomia però si andò di giorno in giorno dilazionando, e la donna in breve tempo cessò di vivere. Nell'apertura del cadavere si trovò il feto situato tra gl' intestini tenui, e la placenta impiantata tra l' utero, e l' intestino retto. E ben probabile che si sarebbe potuto impedire la trista fine della madre aprendo il tumore in tempo opportuno.

Della gravidanza dell' Ovaja.

§. 31. Questa terza specie di gravidanza estrauterina, oltre esser la più rara è quella che presenta i fenomeni fisiologici più singolari e curiosi. Si sono trovati infatti in quei corpi, che gli antichi chiamavano testicoli muliebri più spesso degl' informi sviluppi di parti proprie

(1) *In questo caso, unico per quant' io sappia, la suppurazione nell' ipocondrio sinistro si dice avere avuto luogo prima della morte del feto, che sopravisse 18 mesi alla estrazione fattane per l'apertura dell' ascesso.*

(2) *Lettera storica. Torino* 1714 (3) *Vedi* Littre *negli Atti della R. A. delle Scienze di Parigi an.* 1703.

del corpo umano, anziche feti regolarmente conformati. Appartengono a questi ultimi i casi pubblicati nel *Zodiacus Medicus* (anno 1682) da *Montagner* (1), quello di *S. Maurice* (2), di *Littre* (3), di *Nourse* (4); di *Ucelli* (5), d' *Andry* (6); il feto conservato nel Gabinetto di *Hunter*, quello del Sig. *Fabbrini* di Firenze, ec.

§. 32. Questa gravidanza dell' ovaja, come quella ventrale interessa sovente non solo l' uovo: ma ancora qualche parte della tuba, e specialmente il corpo frangiato, quale vi si è trovato aderente come nel caso esposto da *Muller* (7), ed in quello riferito negli Atti dell' Accademia di Lipsia (8). A questa specie di gravidanza sembrami potersi annoverare ancora il caso veramente straordinario riferito da *G. Josephi* di Rostock, che per la sua singolarità merita di esser conosciuto.

§. 33. Caso VI. *Una donna di 41 anni, di robusta costituzione, che aveva goduto costantemente perfetta salute, e già madre di una bambina, alla metà della seconda gravidanza cominciò a soffrire nausea, vomito, e talora stitichezza di ventre. Alla terza settimana dopo il concepimento era comparso il flusso mestruo, che ricomparve a piccoli intervalli di tempo sino alla 7 settimana. A quest' epoca cominciò a sentire il movimento del feto. Circa il 6 mese della gravidanza, sorpresa da un deliquio, fu slanciata supina sopra un letto, e da questo tempo in poi finchè il feto visse risentì nelle vicinanze dell' anello inguinale destro dei ferocissimi dolori, spesso simili a quelli del parto, e che si estendevano sino alle dita del piede corrispondente. Nella 37 settimana fu tutt' ad un tratto assalita da dolori assai violenti, i quali durarono quattro giorni, e terminarono con una paralisi della gamba destra che svanì dopo tre settimane. In questo tempo la donna più non sentì il movimento del feto, e le si gonfiarono di latte le mammelle. Qualche tempo dopo le comparve uno scolo di sangue corrotto dall'*

---

(1) Vieussens *Diss. de struct. uteri*. (2) *Apud* Mangetum *Theatr. Anat. lib* 1. (3) *l. c. ann.* 1702. (4) *Trans. Fil. comp.* da Gibelin *Vol. XIV*. (5) *Annali del Museo di Firenze T. I. ann.* 1808. (6) *A. U. dell' Omodei Vol. XV*. (7) N. *A. A.* Nat. *Cur. Vol. V*. (8) *T. F. Comp. da* Gibelin *Vol. XI*.

utero, ed in seguito la vera mestruazione sotto di cui svanì la secrezione del latte, e lo scolo dalle parti genitali. D'ora in poi il sangue mestruo tenne dei periodi discretamente regolari, ed al di là dei frequenti dolori colici, ed una sensazione di pressione, talvolta bruciante alla vessica arinaria, ed un molesto tumore nella vicinanza dell' anello destro inguinale, la paziente si sentiva bene abbastanza per potere attendere senza difficoltà all' economia domestica. Nove anni dopo fu sorpresa, in seguito ad uno spavento, da feroci dolori all' osso sacro, che s' assomigliavano in seguito a quelli del primo parto. Questi dolori la tormentavano per più ore. L'inferma fu allora molestata per tre mesi da febbre intermittente, i di cui parossismi si riproducevano tre volte al giorno. A questa ne seguì una disurin, accompagnata da dolori sì forti, che le toglieva il riposo di giorno, e di notte. L'orina evacuata sotto i più violenti premiti era scarsa, purulenta, e frammischiata di sostanza gelatinosa. In seguito l' inferma espulse dalla vessica arinaria à diverse riprese dei frammenti ossei, ma senza permanente sollievo; per la che il 17 Marzo 1802 si fece trasportare a Rostock. *Esaminato il basso-ventre si ritrovò soltanto prominente al lato destro della vescica orinaria; nel qual sito con una leggiera pressione si toccavano manifestamente le parti dure di un feto, e sentivasi il crepito prodotto dall' attrito dell' ossa. La pressione cagionava però insoffribili dolori. I pudendi erano in stato naturale; la vagina soltanto era tanta ristretta dalla distensione della vescica, da potervi introdurre appena un dito. La traspirazione dell' inferma era sommamente puzzolente, orinosa. Non restando altro mezzo a tentare fuorche l' estrazione del feto call' operazione, quale veniva richiesta anche dall' inferma, fu intrapresa il 9 Aprile 1802 da* Joseph *alla presenza di molti Medici e Chirurghi.*

Il taglio fu incominciata sopra le ossa del pube, con la così detta sectio alta, e da tale apertura si estrassero con indicibile pena 112 pezzi d' ossa spogliate di tutte le parti molli, alcuni dei quali ancora intatti; 20 concrezioni calcolose di diversa grossezza; alcune cartilagini, una porzione di ossa del cranio e della faccia tuttora riunite col mezzo delle loro parti molli; e finalmente le intestina di un color livido, ed

ancora attaccate al mesenterio. Molte ossa si erano fatte aderenti alla vescica, e particolarmente quelle che erano coperte di concrezioni calcolose. La testa giaceva come in un doppio sacco, e vi volle molta forza per estrarla. Tutta l' interna superficie della vescica orinaria era ineguale ed aspra, ed avea il suo fondo alquanto verso il lato destro; eravi ancora un apertura per la quale si potevano toccare le intestina. Nel corso dell'operazione la malata fu sorpresa per tre volte da convulsioni, che non durarono più di due minuti per ogni volta. Alla comparsa delle medesime l' operatore si rimase inattivo, e si osservò che la summenzionata apertura alla vescica si contraeva nella stessa guisa che si contrae la bocca dell' utero sotto i dolori del parto. L' operazione, compresavi la fasciatura, fu eseguita felicemente nello spazio di 42 minuti. L' inferma avrà perduto 4 oncie di sangue, il peritoneo rimase illeso. Nei due giorni consecutivi all' operazione la paziente si trovava discretamente bene; ma nel terzo giorno fu sorpresa per tre volte da convulsioni, sotto l' ultimo accesso delle quali morì.

Nella sezione del Cadavere si vide il basso ventre straordinariamente teso, le labbra della ferita erano di color naturale. Il mesenterio colle sue appendici era quasi affatto mancante di grasso; le intestina distese dall'aria nulla altro presentavano di morboso. Non esistevano stravasi nè di sangue, nè di orina, e solo in vicinanza dell' osso ileo destro si rinvennero circa 4 oncie di pus fetido e gialliccio. L' apertura nella vescica orinaria era della lunghezza di due pollici, e tutto il di lei corpo denso, ed in alcuni luoghi cartilaginoso, e scirroso: la di lei superficie interna era piena di escrescenze fungose. La vescica aveva inoltre nel suo fondo al lato sinistro un foro della grandezza circa d' un soldo, e che era in tutta l' interna sua circonferenza calloso e cicatrizzato. Dalla parte destra di questo stesso viscere si trovò una seconda apertura del diametro circa di due pollici e mezzo, la quale aveva parimente in tutta la sua circonferenza un anello cicatrizzato. Questo foro comunicava con un sacco, il di cui diametro ascendeva a più di tre pollici, ed era connesso colla vescica orinaria, e col peritoneo. L' utero era sano, senza cicatrici, e nello stato naturale: La tuba fallopiana si

nistra, e l' ovajo corrispondente trovavasi nello stato naturale, nè si riscontrò in questo il così detto Corpus luteum. Della tuba falloppiana destra non vi restava che un piccolo vestigio, il quale a guisa di un funicolo era aderente alla vescica. Da questo lato mancava anche l'ovajo, ed erano distinguibili solo i suoi vasi, i quali dilatati sino alla grossezza di una penna di cornacchia, in varie direzioni tortuose, andavano ad impiantarsi nel summenzionato sacco, presentando in tal modo press' a poco l' aspetto dei vasi, che sogliونsi rimarcare nella superficie interna della placenta.

§. 34. Da tutte queste circostanze si può ora dedurre che tale gravidanza sia stata originariamente una concezione dell' ovajo destro, e che la costante pressione del feto sulla vescica abbia finalmente suscitato nell'uovo compresso dalla medesima una infiammazione adesiva, e che nel centro delle pareti dell'uovo, e della vescica aderenti tra loro, abbia avuto luogo una suppurazione, quale ha fatto passare il feto dal suo sacco nella vescica orinaria, senzache l' orina potesse per questo effondersi nella cavità addominale a motivo dell' adesione del feto con la vescica medesima.

§. 35. Non crederei di andare adesso troppo lungi dal vero supponendo che qualcuno di quei molti feti, gli ossi dei quali sono stati restituiti per suppurazione, restando in vita la madre, abbia avuto parimente sviluppo nelle ovaje. Il caso per esempio riferito dal Dott. *King* ne somministrerebbe plausibili ragioni. Il feto concepito dalla donna, che ne forma il soggetto, sei anni dopo la prima gravidanza, allorchè circa l'ottavo mese di questa seconda, si fece una suppurazione al disotto dell'ombellico della madre, fu trovato in una borsa, cui era contiguo l' altro sacco contenente le ossa avanzate alla putrefazione del primo feto (Saggi d'Edimb. Vol. V.). Questa continuazione del sacco non è forse più facile ad intendersi, ammettendo che quest' ultimo feto siasi sviluppato nell' ovajo? Mi sembra che quest' ultima specie di gravidanza sia tanto più ammissibile in questo caso, perchè cagionò vivi dolori prima della suppurazione al di fuori, mentre la precedente non aveva occasionato alcun dolore, neppure al termine dei nove mesi; e sembra parimente che il feto sviluppato nel ventre, presa aderenza in una qualche parte dell'addome, abbia dipoi subito

l'adesione col sacco del secondo germe, concepito anch' esso fuori dell' utero. La storia della gravidanza estrauterina esposta da *Sonsis*, della quale vi sarà luogo a parlarne in seguito, e qualche altro caso ancora potrebbero convalidare la nostra opinione. Lascerò però le congetture per ritornare adesso su i fatti.

§. 36. Le osservazioni sopra gli sviluppi di certe parti proprie del corpo umano, come di capelli, di denti, e di masse carnose nelle ovaja sono presso che innumerevoli. Il *D. Baille*, che è stato uno di quelli che ha avuto luogo di vedere simili produzioni in una giovinetta di dodici anni, la quale aveva l'imène tutt'ora intatto, pensa con *Tyson*, *Sampson*, e qualcun altro ancora, che lo sviluppo di masse carnose ed ossee con denti, e capelli nelle ovaja non sia sempre l' effetto della copula, e della fecondazione (1). Sebbene io non ignori, che produzioni di masse organizzate con capelli siansi trovate anche in altre parti del corpo umano, e non mai per revocare in dubbio alcune circostanze appartenenti alle osservazioni, che servono d'appoggio a quella opinione: pure mi permetterò di rammentare, che tali fenomeni essendosi generalmente osservati in donne maritate, o state altra volta feconde, abbiamo molte ragioni per sospendere in tali casi la nostra adesione al parere dei precitati scrittori, e per collocare conseguentemente la maggior parte di essi tra le concezioni sfortunate, e tra gli sviluppi imperfetti del feto nelle ovaja. *Cleghorn*, infatti, *Murray*, *Blumembach* hanno ritrovato nelle ovaja della carne mescolata a diversi pezzi ossei, capelli e denti, dall' insieme dei quali sarebbe difficile il non ammettere che questi organi abbiano sentito un' azione fecondatrice (2). *Targioni* ha avuto luogo di vedere altrettanto (3). *Baudelocque* ne riferisce un altro caso esposto negli Atti dell' Accademia delle Scienze (4). *Ruysch* ne pubblicò parimente un altro (5). Quello di *Gambini* presentava dei denti molari, ed incisivi impiantati in parti ossee, e porzione dei tegumenti coperti di peli (6).

---

(1) *Comp. delle Trans. Filos. di* Gibelin *l. c. ed in quelle di* Lowthorp *Vol. III.* (2) Conradi *Anatom. Patol. Vol. V.* (3) *Osserv.* 66. (4) *An.* 1743. (5) *Adversaria Anat. T. II. Dec. III.* (6) *Atti dell' Accad. dei Fisiocritici T. VIII.*

§. 37. Siccome però una troppo franca conclusione potrebbe nei casi in concreto essere ad un tempo contraria all' andamento dei fenomeni possibili nel corpo animale vivente, e contraria alla pubblica onestà, e perciò ingiusta, parmi che come savissima debba considerarsi l' opinione del precitato Gambini il quale dice che = allorquando si tratti di soli capelli, di sostanze steatomatose, cartilaginee, ed anche ossee contenute nell' ovaja, non sempre si possa sostenere che abbia preesistito una fecondazione, poichè queste stesse sostanze si trovano ancora in altre parti del corpo: ma che allora quando esistono delle parti sufficientemente caratterizzate si possa concludere per la preesistenza di una concezione imperfetta, e di un più imperfetto sviluppo =

Della Gravidanza estrauterina simultanea alla gravidanza dell' utero.

§. 38. Questi casi sono ben rari, specialmente quando si tratti di una gravidanza estrauterina, sviluppata contemporaneamente alla gravidanza *vera* dell'utero, ossia di un feto bene formato, e non di un falso germe; circostanza che può esser qui compresa come una seconda varietà di questa *quarta specie*. Alessandro *Benedetti* espone (*lib.* 25 *cap.* 33) il caso di una Signora Veneziana, la quale, poco dopo aver partorito felicemente un fanciullo, ebbe un ascesso nel basso ventre, che suppurando mandò fuori delle materie corrotte, e poscia lo scheletro di un altro feto, senza che preesistessero indizi di rottura dell'utero all'epoca del parto. Laonde sembra che un tal caso sia appartenuto alla prima varietà di gravidanza estrauterina simultanea. Con non minor ragione poi sembra potersi richiamare sotto della medesima la gravidanza della donna di Pont' a Mousson in Lorena, la di cui storia è inserita dagli Atti dell' Accademia delle Scienze di Parigi dell'anno 1722. Apparisce infatti dalla medesima che questa donna abbia portato tre fanciulli nello stesso tempo, due nella matrice che partorì naturalmente, ed uno nella tuba destra ove si ritrovarono alcune ossa dopo la di lei morte. Non sono molti anni che *Cuvier* ha fatto effigiare in cera, e deporre nel gabinetto Anatomico Patologico di Parigi l' utero gravido di una donna, nella quale si trovarono contemporaneamente due feti, uno nella tuba, e l' altro nell' ovajo.

§. 39 I Casi di gravidanza estrauterina complicati con lo sviluppo contemporaneo di un falso germe nell'utero non sono così facilmente verificabili, poichè si potrebbe supporre, che come nei casi di gravidanza estrauterina esiste nell'utero la membrana decidua così che non ad un vero *falso germe*, ossia ad un prodotto anomalo della fecondazione nell'utero: ma che allo sviluppo di una sostanza organizzata per condizione morbosa del viscere dovessero piuttosto riferirsi quelle produzioni ritrovate nella cavità dell' utero, come nel caso da me riportato (§. 11), in quello osservato da *Gambini*, e nel seguente riferito da *Uccelli*.

§. 40. Caso VI. *Una Signora Fiorentina, di anni 34, di gracile costituzione, stata feconda per tre volte, e che non aveva portato all'ordinaria maturità alcun figlio, indebolita per la menorragia succeduta all'ultimo aborto, e per l' ostinata leucorrea, restò incinta per la quarta volta: Questa gravidanza fu annunziata dalla soppressione del mestrui, dalla nausea per qualunque alimento, dal vomito ostinatissimo, ed in seguito dal turgore delle mammelle, e del ventre. Si aggiunsero a questi fenomeni uno stillicidio leucorroico una certa indefinibile inquietudine nel lato destro della regione ipogastrica, e frequenti deliqui. La debolezza generale si accresceva, ad onta delle savie prescrizioni del Curante, e con essa si esacerbavano gli accessi convulsivi, e gli altri morbosi fenomeni. Verso il terzo mese comparvero per la via della vagina alcune gocce di sangue. Dopo ciò un vomito ostinatissimo, e dolori addominali i più acuti, seguiti da grave sincope. Nella notte dello stesso giorno fù sorpresa da altra sincope, che messe in dubbio la vita della pregnante. Fomentazioni calde, e bevande cardiache poterono nel corso di pochi giorni allontanare l' imponenti fenomeni morbosi, che avevano ridotto in mal essere questa Signora, e siccome nell' ottavo giorno dopo che si erano vedute le prime gocce di sangue, non solo si aumentò lo stillicidio sanguinolento dell' utero, ma venne fuori ancora una mola carnosa, e vescicolare, della grossezza di un uovo gallinaceo, la tranquillità di spirito acquistata dalla malata valse grandemente a sollevarla.*

Erano scorsi sei giorni da che esisteva una tregua ai di lei mali, quando in seguito alla deglutizione di

un ristorativo, le si risvegliarono altri dolori nella destra regione dell' ipogastro, vomito, ed asfissia, restando in questa intatto il solo udito. Ricomparendo circa la sera dello stesso giorno un qualche grado di calore nella superficie del corpo della paziente si trovò esistere ancora la febbre. Tutto fu inutile di ciò che si tentò per calmare il vomito; in seguito si soppressero le orine; divenne gradatamente più turgido il basso ventre, e dopo 5. giorni dal principio di quest' ultimo accesso restò estinta.

Inciso, ed aperto l' abdome della defonta alla presenza di molte persone si trovò una prodigiosa quantità di sangue in parte sciolto, ed in parte aggrumato. Liberata da questo fluido la detta cavità, si trovò un piccol feto nella parte inferiore della fossa iliaca destra, bene sviluppato, che dal volume fu giudicato trimestrale, attaccato per mezzo del funicolo ombellicale all' ovajo destro, in mezzo del quale trovavasi impiantata la placenta. Il volume dell' ovajo era della grossezza in circa di un uovo di tacchina. Nella parte inferiore di questo tumore esisteva un' apertura, che conduceva nella cavità del medesimo, d' onde era escito il germe, e per la quale aveva avuto luogo l' emorragia. La tuba di questo stesso lato era cresciuta regolarmente di volume, ed il corpo frangiato era validamente aderente all' ovajo. Esaminando l' ovajo suddetto si osservò che i grumi di sangue riempivano a diversi strati questa cavità, come accade nei sacchi aneurismatici, e che il suddetto tumore era costituito per la massima parte dal peritoneo, che forma i ligamenti larghi dell' utero; ed avvolge gli ovaj come pure della membrana propia di quest' organi. La placenta era lacerata nella sua parte posteriore, aderente all' ovajo, nel quale esisteva una lacerazione molto estesa, ed una manifesta disorganizzazione. L' ovajo, e la tuba falloppiana del lato sinistro erano in stato fisiologico. L' utero era maggiore del naturale due terzi, le di lui pareti ingrossate, e la cavità interna dilatata.

§. 41. Il fenomeno della gravidanza estrauterina simultanea a quella dell' utero sembra doversi alla concezione dei gemelli, quale abbia avuto luogo o in un solo ovajo, o nell' uno, o nell' altro, e che per una delle cagioni sopraindicate (§. 4 e *seg.*) sia potuto discendere nell' utero un ovicino, mentre la discesa dell' altro è restata

impedita. Potrebbe credersi ancora che in quei casi di sviluppo contemporaneo di un feto estrauterino, e di una mola nell'utero, l'organizzazione abnorme di quest'ultima, come il frequente aborto dei feti concepiti durante la dimora di un feto morto nella tuba o nell'ovajo, si dovesse in parte al disordine che soffre il sistema uterino per lo sviluppo di un germe nelle di lui appendici; quest'ultimo caso infatti ha avuto luogo, per quanto io sappia, nei casi di gravidanza della tuba, o dell'ovajo, e non in quelli di gravidanza ventrale.

§. 42. La gravidanza ordinaria durante la presenza di un feto morto, putrefatto, indurito, o disseccato fuori del ventre, sebbene sia un fenomeno interessante, non appartiene a quest' articolo, perchè costituisce una gravidanza dell' utero successiva, e non simultanea. Di tali casi ne abbiamo altrove parlato (§. 15 20 21); la donna di *Skippon* (§. 23) durante la lunga dimora del feto morto nel di lei ventre partorì altri due figli, uno dei quali visse undici anni, e l'altro sedici (1). Merita poi di esser conosciuto su questo proposito il caso riferito da *Niccolò Pattuna*.

§. 43 Caso VII. *Una Signora, che aveva partorito due volte, ed abortito il frutto della terza concezione, ingravidò per la quarta volta nell' Ottobre del 1724. Quaranta giorni circa dopo la concezione patì gravissimi dolori nel basso ventre, e difficoltà d'orinare seppure non era coricata in letto, e supina. Nel quinto mese comparvero febbri, e dolori di capo. Nel settimo si esacerbarono i dolori del ventre, propagandosi ai lombi, e cessarono i movimenti del feto, che per l'addietro erano comparsi violentissimi, e come un senso di estrazione del feto medesimo fuori del ventre. Nel nono mese comparve abbondante secrezione del latte, e verso il termine del nono mese, per tre giorni dolori del parto più atroci dell' ordinario, accompagnati da continui sforzi, ma inutili, e dopo si dileguarono gli uni, e gli altri senza alcun altro fenomeno. Dopo cinque giorni cominciò a fluire dall' utero della materia sierosa, sanguinolenta, e fetente, che per alcuni mesi prese il carattere di uno stillicidio; dopo 4 mesi si abbassò il ventre, restando il volume del medesimo un*

(1) *Trans Filos. Comp. di* Mottes *T. III.*

poco maggiore a sinistra, come lo era stato per l' innanzi. Nei cinque mesi sopramentovati, oltre i dolori spesso ricorrenti nella sinistra parte del ventre, e precisamente ove per lo innanzi sentiva moversi il feto, patì stitichezza alternata da diarree. Tornò dipoi a godere di sufficiente salute, e quasi a dubitare di essere stata realmente gravida di un feto.

Nel Luglio del 1726, epoca nella quale le funzioni del tubo intestinale si erano meglio riordinate, vide questa Signora che il ventre si tumefaceva come se fosse nuovamente gravida. Nel Gennajo del 1727 fu presa da febbre, e da dolori indeterminati, e nel 12 del detto mese restituì un feto di sesso maschile, che parve settimestre, e dopo 30 giorni circa si ristabilì in salute, eccettuando la stitichezza, che tornò ad incomodarla.

Questa Signora, circa la fine di Febbrajo dello stesso anno, soffrì una grave concussione per essersi rotte le stanghe del calesse nel quale viaggiava, le si risvegliò un flusso di corpo sanguigno marcioso accompagnato da febbre, da cefalea, da vomito, e da un dolore fisso verso l' osso sacro. Nello stesso tempo comparvero, per un solo giorno, i corsi mestrui senza alleviamento dei predetti incomodi. Diminuirono però in seguito, a menochè la diarrea con fremiti, e dolori addominali specialmente all' osso sacro. N. Pattuna *visitandola per la prima volta, circa la metà di Aprile, osservò in essa un tumore prominente fra il pube, e l' ombelico, dolente, e che presentava una durezza quasi ossea: che per la parte della vagina, e specialmente verso l' intestino retto, si riscontrava la stessa durezza, meno estesa però, e che nella esplorazione riesciva non tanto dolorosa all' inferma. Esplorato l' intestino retto, riscontrò col dito indice l' estremità d' un osso, la quale in una seconda esplorazione si era voltata per altra parte. Fu allora estratto quest' osso, che si riconobbe per un pezzo di cranio del feto, colà dimorante da due anni, ed anche l' osso sincipitale della parte destra, e quello occipitale. Nei giorni successivi fu terminata l' operazione, diminuì gradatamente la febbre, e precisamente dopochè fu restituita una massa carnosa, che fu giudicata esser la seconda. La paziente riavutasi dal sofferto travaglio tornò a godere di perfetta salute.*

Una complicazione di gravidanza vera, unita alla presenza di un feto estrauterino, ed all'ascite si può vedere nel seguente articolo.

Della Gravidanza estrauterina complicata all'Ascite.

45. Non farà meraviglia ai Patologi, che l'ascite siasi associata al corso di una gravidanza estrauterina prima del nono mese della gestazione, o sia sopraggiunta dopo quest'epoca, quando si rifletta che una tale affezione tien dietro frequentemente alle infiammazioni di molti visceri addominali, e che talvolta si associa alla stessa gravidanza ordinaria, mostrando di essere a questa strettamente legata. Siccome però i casi di complicazione dell'ascite durante la vita del feto fuori dell'utero sono stati molto più rari di quelli di ascite sviluppata dopo le morte del feto, sarà difficile il precisare se la causa di quest' idropisia debba ripetersi dallo straordinario genere di gravidanza, o da altre cause preesistenti, e sopravvenienti.

§. 46. Dalla storia dei vari casi non sembra che per la gravidanza della tuba, nè per quella dell'ovajo, durante la vita del feto possa tanto temersi questa complicazione, ma piuttosto in quelli di gravidanza ventrale. Si è trovato l'idropisia della tuba con un feto racchiuso entro della medesima (1), come si è trovato quella dell'ovajo, con l' indizi del previo sviluppo di un germe: questo però non costituisce l' ascite, prima del termine del nono mese, come durante la vita del feto, ma l'idrope saccata dopo la di lui morte. Per altra parte il processo della gravidanza ventrale (come quello che include un afflusso nella parte ove s' impianta la placenta, ed un processo quasi inflammatorio, dimostrato dalle altre aderenze dell'uovo con le parti circonvicine) dà più motivo di meraviglia se non produsse l'idropisia ascite in un maggior numero di casi di quello, che non ne risvegli la descrizione di tale accidente. Ad intendere frattanto la cagione della rarità di tal caso giova il rammentarsi

(1) *Questo caso è citato nel gran Dizionario delle Scienze Mediche, che qualcuno mi farà somma grazia di leggere, onde, dalla somiglianza nella distribuzione degli articoli, non fosse tentato a proclamarne la traduzione, senza troppe ragioni...*

che in molte gravidanze estrauterine, oltre la minor quantità di alimento preso in generale dalle madri, ha avuto luogo, e specialmente in quelle ventrali l' escrezione del sangue mestruo, o un flusso di altra natura per la vagina, per molti mesi, così chè può considerarsi allontanato per molte circostanze, e che probabilmente non avrà luogo prima della morte del feto, seppure un concorso di cause predisponenti ed occasionali non appianino la strada a tal disordine. I casi infatti che noi conosciamo di tali idropisie, sebbene appartenenti alle gravidanze estrauterine ventrali, sono descritti in modo, che sembra manifesto essere incominciate dopo la morte del feto. Tale è quello riferito da *Fern* (§. 29), e l' altro pubblicato da *Martin* negli Atti dell' Accademia delle Scienze di Parigi (An. 1714), sebbene questo Medico dia luogo a dubitare sull' epoca dell' incominciamento, perchè ci si dice che la donna stessa non era persuasa della realtà della gravidanza, quantunque il feto giungesse a nove mesi; e la madre morisse sei mesi dopo la morte del medesimo. Tale è ancora quello esposto da *Galli* negli Atti dell' Accademia di Bologna (Tom. 2). Tra le storie però di casi di tal sorta interessantissima mi è sembrata la seguente riferita da *Sonsis*.

§. 47. CASO VIII. *Una Genovese maritata in Cremona, che per tutti i segni ordinari della vera gravidanza si era considerata come incinta fino al termine del nono mese, veduto che il parto non compariva, persuasa di essersi ingannata, si dedicò con maggiore attività, che per lo innanzi ai suoi esercizi di campagna, e di Città. Crescendo frattanto ognor più il ventre, fu costretta sottoporsi alla cura dell' ascite, e fu fatta la paracentesi. Nel fine di questa operazione si osservò escire qualche capello insieme con le acque, ed il ventre diminuì poco di volume. Dopo sette mesi le comparvero i mestrui, e tre anni e mezzo dopo che questi si erano ristabiliti, divenne nuovamente gravida, lo che da essa nè dai parenti non si sarebbe creduto, perchè mancarono inclusive i moti del feto, se alla fine del nono mese, previ pochi e violenti dolori, non fosse venuta alla luce una bambina, che visse cinque giorni. Due anni appresso tornò ad esser feconda per la terza volta, e partorì un maschio, che viveva nel 1797 allorchè* Sonsis *pubblicò questa storia. Non essendo mai diminuita totalmente l' intumescenza del ventre di questa*

donna si pensò ad una nuova gravidanza, e per le frequenti emorragie dalla vagina si temè più volte che dovesse abortire. Questo calcolo però fu inesatto, perchè scorsero ancora tredici mesi, dopo la cessazione delle perdite suddette, prima che partorisse il terzo bambino.

Dopo un viaggio fatto a Genova nel 1796 comparve nuovamente l' emorragia uterina; e nei sei mesi che si trattenne nella patria soffrì nausee, dolori addominali, ed altri incomodi, cui andava soggetta con maggiore intensità del solito. Cresciuto insieme con questi enormemente l' addome si portò a Cremona, onde fosse eseguita nuovamente la paracentesi. L' operazione fu fatta, ad onta che non si percepisse nel ventre la minima fluttuazione. Introdotta la Cannula alla profondità di circa due pollici poco distante dall' ileo sinistro, si vide uscire a larga parabola una materia ateromatosa da empire una catinella ordinaria. Affacciatosi frattanto un capello, la di cui estrazione presentò qualche resistenza, e divenuta lenta l'uscita della materia fu introdotto nella ferita uno specillo fino alla profondità di cinque pollici, quale fu estratto incrostato di materia sebacea; dopo di che uscì altra materia densa e granulata, come la marcia, che riempì una seconda catinella. Presentandosi all' apertura altri capelli, i quali furono estratti con qualche sforzo, sembrava all' ammalata che in tali operazioni il tumore del ventre si avvicinasse dalla parte posteriore, verso la fatta apertura. La materia ateromatosa ottenuta in varie riprese fu giudicata 30 libbre; per farla escir però si dovè iniettare nel ventre un poca di acqua tepida, poichè l' eccessiva sensibilità della malata impediva che si comprimesse come suol farsi nell' ascite. Esplorando il tumore, dopo il necessario riposo, si trovò esteso dall' ombellico fino all' ileo sinistro; si potè riconoscere un' altra durezza immobile verso l' ileo destro, minore, ma più dolente della prima. Comparve frattanto la febbre, e sette giorni dopo l' operazione la scarsità delle orine, la timpanizzazione del ventre, il colore giallo della cute; quindi amarezza di bocca, sete, nausea, vomiturizioni con tosse. Dopo 17 giorni scomparve l' itterizia, ma si stabilì l' anasarca. Questa pure scomparve da per tutto, fuorchè negli articoli inferiori, ed il ventre si ridusse allo stesso volume che aveva acquistato immediatamente dopo la paracentesi.

Si rinnuovò a capo di pochi giorni la febbre, che prese il carattere di ettica, ed i dolori nel destro ipocondrio divennero più frequenti ed acuti. La febbre si mantenne collo stesso carattere; l'edema degli articoli superiori ed inferiori si dissipò in seguito di copiose dejezioni ventrali, ed a quest'epoca l'inferma poteva dormire tranquillamente. Si aggiunse però in seguito tosse frequente, dimagramento notabile, afonìa, polsi piccoli ed ineguali, impotenza al moto, e disfagìa per cui l'infelice perì all'età di anni 33.

Nell'apertura del cadavere si osservò, che i tegumenti dell'addome erano inzuppati, e conglutinati con il tumore ivi contenuto; che il sacco del tumore era tutto annerito rotto in varie parti per la gangrena, e nell'interno di esso un ammasso formato di capelli, e di una materia untuosa giallastra della durezza del sego. Nel distaccare questa dalle parti più lontane, si ruppe quella porzione di sacco corrispondente alla parte destra, e quivi si sentì un globo osseo, dal quale pendeva, mediante un cordone membranoso, e forte, il sacco che conteneva un pezzo di carne, senza lesione dei vicini intestini, i quali partecipavano del colore gangrenoso del detto sacco. Esaminato attentamente ciò che conteneva il tumore si scoprì che l'osso era un cranio molto mostruoso ed avente due denti canini; quel pezzo di carne ad esso unito sembrava tutto di sostanza uniforme, eccettuato un piccol nocciolo al di dentro del medesimo, che poteva giudicarsi un informe scheletro. Fu presa una porzione del sacco nel luogo in cui la sua grossezza era di mezzo pollice, e di minor durezza del rimanente, e si potè dividerla mediante la macerazione nell'acqua, in varj strati fibrosi, e cellulosi, oltre il peritoneo, che era il più grosso degli altri.

§. 48. Da questo esame, e dal non aver trovato alcun vestigio della tuba falloppiana destra come pure nessuno dell'ovaja corrispondente, mentre la tuba, e l'ovaja sinistra erano in stato perfettamente sano si credè da *Sonsis* che l'uovo si fosse sviluppato nella tuba destra (1). Io mi

(1) *Osservazione sopra una donna, che tenne in corpo un feto tubale per il corso di 15 anni Cremona* 1797.

permetto di avanzare, che siccome i sintomi morbosi, i quali accompagnano la gravidanza tubale sono generalmente molto intensi, prolungati, e spesso ricorrenti; che uno sviluppo imperfetto di parti, ossia mostruoso; ha luogo più frequentemente nell' ovaja, anzi che nella tuba. così mi sembra permesso il credere che la sopradetta gravidanza estrauterina possa essere appartenuta a quella dell' ovaja. Il sapere inoltre, che le malattie di questi organi appianano di frequente la strada alle idropi del basso ventre potrebbe corroborare una tal credenza.

§. 49. Tutte le cognizioni frattanto che da questi fatti resultano, sebbene al sommo interessanti la curiosità del Fisiologo, e le ricerche dei Patologi sono ben lungi dal darci dei dati abbastanza certi per le diagnosi dei singoli casi, che pure sarà utile prendere in esame.

Dei segni delle Gravidanze estrauterine.

§. 50 Tanto la gravidanza ordinaria, quanto quella estrauterina allorchè essa si annunzia, è accompagnata da fenomeni o forme communi, e per questo sarebbe ben difficile congetturare la esistenza di quest' ultima, e molto più la sede della medesima, prima almanco del quarantesimo giorno.

§. 51. Il comparire dei catameni in una gravidanza, mentre in una precedente non si erano mostrati dopo la concezione, l'avere il corpo più sviluppato da un lato che da un altro del ventre; l' essere accompagnata la gestazione da più gravi incomodi fino dai primi mesi, sono cose tutte non tanto rare anche nelle gravidanze ordinarie, talmente che prese isolatamente non potrebbero condurci ad alcuna legittima conclusione; e sebbene sia vero che le gravidanze ordinarie sogliono riescire meno moleste di quelle estrauterine, pure alcuni fatti c' istruiscono che nei primi mesi si soffrirono pochi incomodi in queste ultime, e talvolta minori di quello che fosse accaduto nelle prime (1). La mancanza di turgore alle mammelle, sussistendo gli altri segni ordinari di gravidanza, come vedremo in seguito, se si verificò in alcuni casi non è però che accada generalmente, che anzi nella maggior parte delle gravidanze estrauterine questo fenomeno si è mo-

(1) *Lettre de* Cyprianus; Observation de *Du Verney*.

strato manifestamente come in quelle ordinarie. Sarà opportuno pertanto in questo esame il dividere i segni in quelli che sono comuni ad ogni gravidanza estrauterina, ed in quelli che sono propri di ciascuna specie di esse.

Segni comuni ad ogni Gravidanza estrauterina.

§. 52. I segni comuni si posson distinguere in dubbi, ed in segni certi. Chiamo in genere dubbi quei segni (sebbene quasi positivi in alcuni casi, ed in alcuni individui, come nelle donne state altra volta incinte) che si manifestano pochi giorni dopo la concezione, cioè nausee, vomiti, soppressione di mestrui, avversione a qualche cibo, o bevanda, repugnanza al coito, ed altri simili, soliti a manifestarsi nelle precedenti gravidanze, e chiamo certi i cangiamenti, che in seguito riscontrar si possono al collo, ed all'orifizio dell'utero.

§. 53. Alcuni Autori hanno detto che le donne gravide fuori dell'utero ignorano nei primi tempi di essere incinte, perchè non cessano di esser regolate, e non si manifestano i vomiti, come pure perchè le mammelle non si tumefanno: ma tutto questo oltre all'esser contrario a quanto si è avuto luogo di osservare, può anche dependere dalle stesse cagioni, per le quali alcune donne nella gravidanza ordinaria sono mestruate nei primi tre mesi, altre per tutto il tempo della gestazione; ad alcune comparisce il latte ben presto, e ad altre non inturgidisce il petto che a gravidanza molto inoltrata. Sembra in fine resultare dai fatti medesimi che la mancanza dei predetti segni di gravidanza possa aver luogo allora che l'ovicino contenente il feto siasi impiantato in una qualche parte lontana, e non comunicante coll'utero, come per esempio nella volta del fegato, sopra gl' intestini, o nelle pareti del basso ventre. Niun segno anzi si può dedurre in genere della gravidanza estrauterina dalla presenza, o mancanza del latte sia per le ragioni addotte di sopra, sia ancora perchè trattandosi di gravidanze tubali non si conoscono casi, nei quali questo segno sia mancato tutte le volte che attenti osservatori hanno tenuto dietro ai fenomeni delle medesime, ad eccezione del caso riferito da P. B. *Calvo*, seppure può credersi tubale anzichè ventrale (§. 30.). Asserendo infatti lo stesso scrittore che il feto fu trovato tra la membrana esterna, e quella interna della tuba; questa particolarità basterebbe perchè una

tale eccezione non dovesse servir di ostacolo a fissare dei segni, mentre per altra parte il latte alle mammelle non è mancato in molte altre gravidanze estrauterine d'ogni specie.

§. 54. Ora siccome non esistono segni certi di gravidanza vera, fuorchè il cangiamento di volume, e di situazione del collo, e quello di figura dell'orifizio dell'utero, specialmente prima del terzo mese, ed i movimenti del feto sensibili alla donna, allorachè sta in perfetto riposo, o palesi alla mano esploratrice del Chirurgo, dopo quest'epoca: così non vi possono essere altri segni certi, e ad un tempo comuni di gravidanza estrauterina fuorchè quelli negativi della gravidanza dell' utero congiunti a tutti gli altri, considerati come i più propri ad assicurarci di una gravidanza ordinaria nelle diverse pregnanti, ma specialmente congiunti ai movimenti spontanei, e liberi del feto percepiti dalla pregnante stessa, e dalla mano dell' Ostetrico.

§. 55. Perciò se ai segni ordinari di una gravidanza, soliti a manifestarsi in una donna stata altre volte gravida, e non procedenti da altra manifesta causa; se alla senzazione che prova la donna dei movimenti spontanei del feto, durante l' aumento di volume del basso ventre, non attaccato da alcuna lesione attuale, o che sia stato per lo innanzi soggetto a malattia; se alla percezione chiara di questi movimenti, fatta dalla mano dell'ostetrico, non corrisponda un proporzionato aumento del collo dell' utero, e non siasi inalzato al disopra del livello ordinario nella pelvi, ma sia piuttosto calato in basso, se nulla infine abbia questo perduto della sua natural durezza, ed il labbro anteriore si mantenga sempre più lungo del posteriore, e se l'orifizio anzi che avere acquistato una forma circolare mantenga sempre quella lineare si potrà asserire che vi sono tutti gl' indizi di non pregnanza nell'utero, non ostante le objezioni su tale esame fatte da *Roussel*, e da *Stein*.

§. 56. Possono convalidare la diagnosi in genere di una gravidanza estrauterina il senso di un maggior peso verso il bacino, durante i movimenti medesimi del feto, e una difficoltà di camminare maggiore che in altre gravidanze, sperimentata da molte che portarono il feto fuori dell'utero, specialmente a gravidanza molto inoltrata, perchè i legamenti dell'utero poco contribuiscono in tali casi a sostenere la massa che prende aumento fuori di esso.

§. 57. Una tale diagnosi in una donna d' altronde sana, sarà ancor meglio confermata dal tempo: quando cioè, sussistendo i segni negativi della gravidanza uterina (§. 55) si rendano più manifesti i movimenti del feto, e si possa in qualche modo percepire col tatto del ventre la sede del feto medesimo. Prima però di scendere a questo esame non sarà inutile fare una ricerca su i fenomeni più propri delle diverse specie di gravidanza per error di luogo, giacchè non sembra poi sempre vero, come lo ha creduto *Simon*, che tra questi segni niuno ve ne sia che appartenga piuttosto all'una, che all'altra di queste gravidanze. (1).

Segni più speciali della Gravidanza tubale.

§. 58. Lo sviluppo dell'uovo producendo una necessaria dilatazione delle parti d'onde assorbisce il necessario nutrimento, nel caso di gravidanza tubale, porta una dilatazione spasmodica nelle tuniche di questo condotto, ed occasiona ben presto dei dolori nella parte inferiore del ventre, e poscia altri analoghi a quelli colici nella superiore, dei vomiti frequenti, come avvenne nei casi pubblicati da *Simon* (*l. c.*), e negli altri sopra citati (§. 11. 13), che in seguito di tempo si fanno più frequenti, e più gravi. Circa il secondo o terzo mese al più tardi sopraggiungono sintomi di flogosi addominali più o manco estese, cardialgie, e deliquj specialmente allora che per la qualità del cibo, e delle bevande si fa una concentrazione di forze vitali nei visceri del basso ventre. Questi dolori non hanno per lo più una cessazione assoluta, ma una diminuzione piuttosto per un tempo ora più, ed ora meno breve, a proporzione del regime dietetico, dei rapporti morali, della cura profilattica, ed in qualche altro caso della comparsa del flusso mestruale, durante simile gestazione. Quelle stesse donne, che hanno portato a maturità il germe, di cui gli esempj però non sono tanto frequenti, sono andate soggette a simili travagli nel tempo indicato. Una eccezione che si contiene nel n.° XXIII del nuovo Giornale Pisano, e qualcun' altra, seppure rigorosamente simile si trova, non porta che in generale non sia vera una tale fenomenologia.

(1) *Memoires de l' Acad. R. de Chirurg. T. II.*

§. 59. Per lo stato di eretismo in cui si trova allora il sistema uterino la matrice suole ingrossare fino ad eguagliare al terzo mese un volume doppio del naturale, come prima di me lo avevano osservato *Hunter*, *Clark*, *Blizzard* (1), *Levret* (2), e qualcun altro, e si trova perciò il collo della medesima sempre un poco più voluminoso del naturale. Questo stesso collo però conserva la forma dell'utero non gravido e ben pochi esempi esistono di cangiamento di figura dell'orifizio medesimo. L'aumento poi di volume dell'utero, quale nei due primi mesi si trova in qualche rapporto con il volume che suole acquistare l'utero gravido, cessa di progredire, non succede l'appianamento del collo del medesimo, nè l'assottigliamento delle labbra dell'orifizio, nè si verifica ognora più la forma circolare dell'orifizio. Che se in alcuni casi l'orifizio dell'utero si è trovato rotondeggiante, molle, ed aperto; questo e accaduto perchè l'utero stesso era occupato da un qualche corpo estraneo ivi trattenuto, alla di cui esistenza è andato congiunto lo scolo di un qualche umore bianeastro o sanguinolento. E' da avvertire bensì, anche in tali casi, che il collo dell'utero non si appiana, non s'inalza generalmente, nè si assottiglia.

§. 60. L'inalzamento del tumore rappresentante la gravidanza, è situato alquanto lateralmente nel ventre, e questo volume non corisponde nè alla situazione del collo dell'utero, che è piuttosto avvicinato all'orifizio della vagina, nè agli altri segni sopra rammentati (§. 54 55).

§. 61. I movimenti del feto sono meno liberi in questa gravidanza tubale di quello che siano in qualunque altra; sono più circoscritti, e meno percettibili, nè lasciano di essere accompagnati da dolorose sensazioni anche in progresso di tempo. Nella gravidanza estrauterina della donna di Abo (3) si sarebbe osservato tutto il contrario ammettendo come congetturò *Mouncey*, che il feto da esso estratto si fosse sviluppato nella tuba. Questa donna provò nel principio della gravidanza dolori violenti, estesi in diverse parti del basso ventre, sincopi, e vomiti, che si di-

---

(1) *Transaz. filosof. d'Edimb. vol.* 5. (2) *Observ. sur l'accouchem. laborieux p. II'*

(3) *Trans. Fil. della Soc. Medica di Londra Anno* 1748 *T.* 63.

leguarono in progresso di tempo, a segno che la pregnante mostrò di aver acquistata miglior salute. Quello che però ci potrebbe indurre a credere, che il feto, invece di esser contenuto dentro la tuba, fosse piuttosto aderente colla placenta alla tuba medesima si è che la madre, allorchè il feto cominciò a crescere di volume, poteva *colle proprie mani spingere il sacco, che lo conteneva da una parte all' altra del ventre*, e questa mobilità sussistè per dieci anni consecutivi, cioè fino al 1741. Convaliderebbe la mia opinione il sapere che all' epoca della maturità, sebbene comparissero alla donna i dolori, questi occuparono tutta la regione del basso ventre *senza assomigliare però quelli del parto, e senza i soliti sforzi*. D' altronde però la comparsa del latte alle mammelle il giorno dopo che i dolori cessarono, considerata unitamente ai fenomeni dei primi tempi della gravidanza mostra che il feto aveva la sua sede in una parte, avente stretti rapporti coll'utero. Dietro questo caso, terminato felicemente, mercè le cure del Dott. *Mouncey*, non resta meno vero quanto è stato detto di sopra, che i movimenti cioè del feto racchiuso nella tuba sono meno liberi nelle prime epoche della gravidanza, ma mostrasi che lo potranno divenire però quando la tuba siasi prestata ad una sufficiente distensione, o quando l'uovo resti aderente soltanto in qualchè parte alla tuba medesima.

§. 61. L'umore gelatinoso, e qualchè volta sanguinolento che fluisce dall' orifizio dell' utero, non sempre dipende dalla presenza di un corpo estraneo nella cavità del medesimo, durante la gravidanza estranterina, e specialmente se tubale: ma è sovente l' effetto di lenta flogosi propagatasi dalla tuba alla sostanza dell'utero medesimo. Segno di questa sarà la costanza dei dolori nella regione ipogastrica, la corrispondenza di questi dolori ai reni, ad uno, o ad ambedue gli articoli inferiori, unitamente agli altri indizi sopra rammentati, ed a quelli propri della metritide.

§. 62. Allorchè i feti concepiti nella tuba giungono alla loro maturità, si provano dalle donne dei dolori analoghi a quelli del parto. Negli sforzi inutili che fa allora la madre non solo può osservarsi qualchè leggierissimo cangiamento nell' orifizio dell' utero, ma se la tuba è tuttora pervia, al disotto dell' uovo, possono scolare per le vie naturali le acque (§. 19).

Dei segni speciali della Gravidanza ventrale.

§. 63. Gl' indizi speciali di questa gravidanza nei primi tempi della gestazione, sono più incerti di quelli della tubale, e delle ovaje, e lo sono ora più, ed ora meno a seconda dei minori o maggiori rapporti, che il feto conserva con il sistema uterino. Se l'uovicino si attaccò ad una qualchè parte esterna dell'utero, o alle appendicj di esso, le simpatie positive e negative, le così dette voglie delle donne gravide, la soppressione dei mestrui, il turgore delle mammelle, e la separazione del latte avranno luogo come lo sogliono avere nelle gravidanze uterina, ed in quella tubale (§ 51 52). Non così però i dolori addominali, le coliche, e gli altri incomodi gravi di sopra accennati (§. 58): anzi le nausee stesse, ed i vomiti consueti saranno meno costanti, e più rari. Il caso però riferito da *Sabatier* forma un' eccezione notabile, poichè la donna fu costantemente mestruata, il vomito fu continuo, i dolori colici straordinari, e si accrebbero gradatamente verso il termine della gravidanza (1). Allora quando l'uovo non è aderente ad alcuna parte dell'utero, i caratteri della matrice, e quelli propri dell' orifizio, e collo della medesima, sogliono esser differenti da quelli propri dell'utero nella gravidanza tubale, e probabilmente perchè in questi casi la direzione della forza vitale non è più verso questo viscere, allora perfettamente somigliante nelle sue forme all' utero non gravido. E' forse per questo, cred' io, che in simili casi è mancata unitamente agli altri fenomeni prodotti dalle simpatie dell'utero non solo il turgore, e l'afflusso del latte alle mammelle (2), e la soppressione dei mestrui (3); ma ancora il collo stesso dell' utero si è trovato più ristretto, più duro ed impiccolito (4).

§. 64. Dopo i primi mesi di tali gravidanze si osserverà un inalzamento straordinario del sacco, ove è contenuto il feto, e circa il quarto mese non sarà difficile a riconoscere la sede speciale della medesima, o almanco la regione

(1) *Mem. de l' Acad. Roy. de Chirur. T. II.*

(2) *Lettre d' Abram Cyprianus*. (3) *Storia riferita da* Ruth *Edimburg. Medical, and surgical Journal April.* 1825. (4) *Storia di* Houstoun §. 28.

che occupa il parziale tumore del ventre, sia per il luogo insolito nel quale si mostra, sia per la figura straordinaria, che prende il ventre medesimo, tanto avvertibile, quanto più costante, mentre la gravidanza si avvicina alla maturità.

§. 65. La facilità di allontanare con la mano il tumore che ha formato l'uovo, e di riconoscere la separazione che esiste tra esso, e la matrice sarà un altro segno comprovante che il sacco contenente il feto non ha alcuna comunicazione coll'utero. Per tale esperimento si può, allorchè la donna è situata nel letto, esplorare il collo, e l'orifizio dell'utero colla mano destra, e coll'altra spingere delicatamente in alto il tumore, che rappresenta la gravidanza, onde giungere a riconoscere l'immobilità di questo viscere, e così moltiplicare i dati che non esiste gravidanza nell'utero. Questo esperimento può ripetersi ancora allorchè la donna è eretta, onde vedere se quel senso di peso verso il bacino, che nella gravidanza ventrale è talvolta maggiore che in quella della tuba, e dell'ovaja, come asserisce *Cyprianus*, abbia alcun rapporto coll'utero medesimo.

§. 66. Potranno confermare una tal credenza le alterazioni nelle funzioni proprie di quelli organi addominali, ai quali il germe aderisce, come appunto i dolori colici allorchè aderiva agl'intestini, la difficoltà di rendere le fecce quando era impiantato verso il retto. E avvenuto talvolta che nelle epoche le più inoltrate della gravidanza ventrale, si sia potuto riconoscere le diverse parti del feto, come riuscì a *Sabatier* nel caso della donna, che aveva la placenta attaccata all'osso sacro, alle due ultime vertebre dei lombi, ed alle parti vicine all'osso sacro medesimo (*l. c.*); lo che potrà accadere quando le pareti addominali siano molto sottili, e quando non coesista la idropisia ascite, o qualche altra malattia dei visceri del basso ventre, ovvero la gravidanza ordinaria. Nella gravidanza di tredici anni di una tal Caterina Menne riferita dall'*Hildano* (§. 28) nella lettera a *Cornace* con la sola esplorazione addominale si distinguevano chiaramente le parti del feto: ma è facile l'intendere quanto ciò debba esser più difficile quando il feto è circondato dalle acque.

§. 67. Al termine ordinario della gravidanza i dolori equivalenti a quelli del parto si sono fatti sentire in tutta la cavità dell'addome, e sia per i movimenti più mani-

fe sti del feto, sia per la maggior gravitazione sopra alcuni visceri sono sembrati più violenti dell'ordinario, come nel caso riferito da *Sachs*; in quello della Cugina del Cav. *Angeli*, la di cui gravidanza sembrami potersi collocare tra le ventrali; ed in quelli di *Galli*, e di *Sabatier*. Ripetendo in tal circostanza l' esame delle parti che possono presentarsi alla mano dell'ostetrico, che esplora il basso ventre, non si vede mai alcuno dei segni dell' imminente parto, nè di altro cangiamento nell'utero, seppure nella cavità di questo non si raccolsero materie estranee, ovvero la placenta restò attaccata ad una qualche parte esterna dell'utero, o aderente fra il collo dell' utero, ed il *rectum*, come dicono di avervela trovata *Stalpart*, *Vander-Wiel*, nei quali due casi anche le parti della generazione mostreranno risentirsi di questi sforzi. Per questo stesso spasmo dal quale sono prese le parti, si è veduto versare talvolta un qualche umore muccoso, o sanguinolento, non solo per la via vagina, ma ancora, per l' ano.

Dei segni della Gravidanza dell' Ovajo.

§. 68. Ben difficile riuscirà la diagnosi della gravidanza dell' ovaja specialmente allora, che dal solo tatto dell' ipogastro si volessero ricavare i segni per distinguerla da quella tubale, perchè il sacco contenente il feto è come un appendice dell' utero, e non abbiamo d'altronde descrizioni esatte di ciò che è accaduto durante la gestazione del feto in queste parti, perchè, come accennava altrove, più gli anatomici che i pratici si sono occupati di farci conoscere tali fenomeni. Da ciò che si sa inoltre in seguito delle più esatte relazioni sopra le gravidanze delle ovaja altro non può rilevarsi se non, che i segni più propri di questa gravidanza estrauterina, sia per quelli dubbi, come per quelli certi, e presi dallo stato dell' utero possono confondersi a vicenda con quelli più speciali della gravidanza tubale, o con quelli della gravidanza ventrale, a seconda dei rapporti ora maggiori ed ora minori che contrae l' novo sviluppato nella sua natural sede con l' utero, e altre parti vicine. La donna di *Muller* soffrì nei tre mesi della gravidanza nell' ovajo gli stessi gravissimi incomodi, che accompagnano la gravidanza tubale, e l' autopsia cadaverica ne fece conoscere le cagioni. La Fimbria della tuba destra era aderente al

sacco del feto sviluppato nell'ovaja anche nel caso riferito da *Nourse*. Nel caso pubblicato da *Uccelli* il collo dell'utero si trovava ingrossato di due terzi al di là del naturale, sebbene tra l'uovo e la matrice non vi fossero morbose aderenze, giacchè la placenta era impiantata nell'ovajo destro, ma perchè conteneva un falso germe.

§. 69. Per altro lato i fenomeni morbosi si trovano essere stati sovente molto corrispondenti a quelli delle gravidanze tubali. Il feto contenuto nell'ovajo destro di cui parla *J. la Roque* (*Jour. de Med.* n.° 1) diede alla madre dolori di ventre, svenimenti, inutili sforzi per abortire, e morte. *Varocquier* osservò presso a poco lo stesso (Acad. R. 1756). Forti, e vivissimi furono i dolori che soffrì la donna, che per più di cinque mesi portò il feto nell'ovajo sinistro, descritto da *Granville* (Trans. Phil. 1820). Nella matrice si è osservato sovente lo stesso aumento di volume, che nella gravidanza della tuba; le stesse anomalie nella mestruazione, e queste non solo a comune con la gravidanza tubale; ma ancora con la formazione di tumori nell'ovaja, malattia che nei primi mesi potrebbe confondersi con la gravidanza dell'ovajo medesimo, sebbene quella per il resto del tempo, corrispondente alla durata della gestazione del feto, non sia solita dare altri incomodi, fuorchè quelli prodotti dal peso.

§. 70 Per la posizione laterale del tumore del ventre potrebbe la gravidanza dell'ovajo, egualmente che quella della tuba confondersi con la gravidanza dell'*utero bilobulare*: ma in quest'ultimo caso si è osservata per la via della vagina non solo l'obliquità dell'utero: ma ancora un'apertura trasversale nel medesimo corrispondente alla parte dell'addome più turgescente dell'altre (1).

§. 71 Non debbesi frattanto dissimulare che da tuttociò che si è detto in questo articolo, fondato sull'esame di molti casi, altro non si può concludere tuttavia se non che i segni comuni della gravidanza estrauterina resultano 1.° dai segni negativi della gravidanza dell'utero, e questi dalla certezza morale giungono, a grado a grado che si avanza la gravidanza, fino alla certezza fisica (§. 57); 2.° dai segni positivi della gravidanza in genere, meno quelli desunti dallo stato del collo ed orifizio dell'utero, e che questi non sono suscettibili fuorchè di una certezza

(1) *Archives Gen. de Med. Juin* 1825.

morale, perchè sebbene il volume del ventre, ed i movimenti del feto, percepiti dalla madre, e dalla esperta mano dell' ostetrico meritino di esser collocati tra i segni di certezza fisica: pure ora possono esser mentiti da altre affezioni, ora travisati, e resi oscuri da morbose complicazioni, insorte durante la gravidanza medesima.

§. 72. Nella stessa guisa che qualche fisconia accompagnata da qualcuna di quelle affezioni proprie della gravidanza, senza segni manifesti di malattia ha fatto nascere nelle pazienti, e nelle persone dell'arte la ferma credenza di una gravidanza ordinaria; così queste stesse circostanze, mancando i segni per la parte dell'utero, o non avendo avuto luogo la verificazione di essi, hanno dato motivo di supporre la gravidanza estrauterina.

Reinmann, narra il caso di una contadina già madre di tre figli, che dopo esser guarita da una terzana, vedendosi priva del mestrui, quali non erano mancati neppure durante il lungo corso delle febbri, e provando infievolimento di forze, difficoltà della respirazione, e circa il quarto mese, vomito cruento, attribuì tutti questi sconcerti a gravidanza; idea nella quale veniva confermata dal tumore del ventre gradatamente crescente, e dal movimento che provava entro del medesimo. La gravidanza fu tenuta da tutti per certa, e si preparò quanto occorreva. All'epoca in cui si attendeva il parto, in seguito di un grave patema d'animo perdè in prima la parola, e quindi ebbe una perdita di sangue dalla bocca. *Reinmann* aprì la vena, ed il giorno dopo fu sciolta la paralisi. Egli non ottenne di poter visitare la donna, se non al disopra delle vesti; osservò bensì che il tumore del ventre era prominente soltanto a sinistra, e non grande da supporre la gravidanza giunta a maturità. Calcolando, tutto quello che era accaduto di straordinario. Egli pensò alla gestazione del feto nella tuba sinistra: ma tre settimane appresso, la donna essendo morta per un nuovo accesso di Apoplessia, si trovò che il colon era disceso verso l'ombelico, e che aveva preso a sinistra una distensione infinitamente maggiore dell'ordinario, e dall'altro lato un ristringimento minore degl' intestini tenui, come si vide nel disegno annesso alla memoria originale (1); Non eravi segno di fecondazione dell'utero, nè delle di lui appendici.

(1) *Nov. Act. A. N. Curiosorum T. I. Obs. 70.*

Niuno frattanto dei Medici che la visitarono, dice l'Autore aveva pensato che questa fosse la cagione della supposta gravidanza. Il caso di mola nell' utero riferito da *Bonnet* (1), merita anch'esso di esser letto su questo proposito: ma interessantissima sembrami poi l'esposizione del fatto riferito in *Hanly* (2).

§. 73. CASO IX. *Una donna, al quinto mese di una gravidanza ordinaria, avendo accusato delle cardialgie, fece conoscere che verso la regione dello stomaco esisteva un tumore situato sotto le pareti del ventre, il quale si accrebbe insieme con la gravidanza, estendendosi a destra fin verso l' ombellico. Riscontrando il tumore per la parte dell' addome, si potevano rilevare alcune prominenze rassomiglianti al capo ed all' estremità di un feto. Questo corpo era mobile da una parte, e dall' altra, e nell' esplorazione non occasionava alcun dolore, se non quando si obbligava a discendere in basso. Cinque settimane dopo il parto il tumore crebbe in tutte le dimensioni, e le di lui protuberanze presentavano sempre più la rassomiglianza al capo, al tronco ed all' estremità di un feto estrauterino, e più di dieci persone dell' arte, esaminandolo attraverso i muscoli addominali, convennero che trattavasi realmente di un feto fuori dell' utero. L' estrema debolezza, ed il grado di somma emaciazione nel quale trovavasi la donna, non somministrando speranza di salvarla, mediante l' incisione del ventre fu lasciato di fare la gastrotomia, nulla ostante l' aumento notabile di volume acquistato dal basso ventre. Alcuni mesi dopo* (3), *si riconobbe la formazione dell' ascite, per la quale la paziente fu obbligata a spoppare il figlio, e si ridusse in tale stato che a capo di due mesi rimase estinta.*

Nell' apertura del cadavere si trovò che il tumore era formato da uno steatoma, al disotto del peritoneo, della lunghezza di sette pollici, e della grossezza di tre in alcune parti, ed in altre di cinque. Questo tumore aveva diverse protuberanze; era diviso da sottili

---

(1) *Sepulcretum T. II. lib.* 3. *sect.* 51. (2) *Trans. Filosof. comp. da* Gibelin *Vol. XV.*

(3) *Manca nella memoria originale* ***la indicazione*** *precisa di questo spazio di tempo.*

membrana in numerose cellule, e pesava sette libbre. Aveva contratto delle aderenze alla parte anteriore dello stomaco, ed alla superficie del fegato; e nascondendo dietro di se il colon si estendeva sino all' ovaja destra. Sembrò che questo tumore fosse formato da una produzione, e distensione dell' epiploon.

§. 74. Circostanze non solo eguali, ma infinitamente più atte ad indurre in errore accompagnarono il caso, del quale ha scritto la storia il Sig. *Angeloni*. Giusta i deposti della paziente, oltre le apparenze analoghe al caso precitato (§. 73), allorchè io vidi la donna per la prima volta nel sesto mese della supposta gravidanza, essa, stata madre di due altri figli, aveva le stesse voglie positive, e negative delle altre gravidanze; la soppressione dei mestrui, i segni positivi di non gravidanza dell'utero, e purtuttavia a proporzione dell' aumento di volume dell' addome aveva sentito i movimenti del tutto analoghi a quelli delle altre due gravidanze, e questi percepiti non solo dalla medesima: ma ancora dal marito, e quindi da altri nell'esame del corpo rappresentante il feto. Anche in questo caso il tumore era mobile, e per quanto se ne prolungasse l' esame non dava d' altronde alcun dolore; non aveva preesistito alcuna morbosa affezione sensibile ai visceri addominali, e solo verso la metà dell'ottavo mese si riconobbe l'ascite. La mancanza del turgore alle mammelle, comechè riscontrata in molte gravidanze estrauterine ventrali, era il solo segno, che sebbene in genere possa esser negativo, pure a fronte degli altri, sembrava di poca importanza. Frattanto, quando fu stabilito di fare la paracentesi per l'enorme volume acquistato dal basso ventre, e d' incidere le pareti addominali con il bistrurino invece del *trequarti*, fatto dal Sig. *Angeloni* il taglio longitudinale, non maggiore di un pollice, alla presenza di cinque Allievi di Chirurgia, ed introdotto il dito indice per l' apertura medesima, si verificò la causa principale dell' analogia dell' inganno accaduto in questo caso, ed in quello di *Hanly*. Le altre cagioni poi bisogna metterle con tutte quelle che hanno più di una volta fatto temere, o sperare la gravidanza alle donne per molti mesi, senzachè realmente avesse mai esistito.

§. 75. Un' altra considerevole difficoltà per riconoscere l' esistenza della gravidanza estrauterina, verificata la non gravidanza dell'utero, e sussistendo la turgescenza del ventre, ritrovasi in quelle somme anomalie cor-

rispondenti a quella che accompagnano talvolta la gravidanza uterina, e di una natura del tutto opposta a quei segni, che la fanno ordinariamente supporre quando non esiste; come la presenza della mestruazione, il niuno inturgidimento del petto, il niun cangiamento nelle funzioni organiche ed animali, ed il piccolissimo, e per niun lato incomodissimo turgore dell'addome, senza alcun movimento intestino. Questi casi per quanto rari pure essendo accaduti, come hanno dato luogo a veder terminare una malattia con la nascita di un bambino (1), così in qualche caso si è trovato nell' autossia cadaverica, o nella suppurazione di un tumore la preesistenza di una gravidanza estrauterina, ove meno si pensava, specialmente se il feto morì prima di giungere alla metà della gestazione.

§. 76. Per quanto possibile però, e facile l' inganno nel credere, e nel non riconoscere la esistenza di una gravidanza fuori dell' utero: pure essendo una tale affezione non preceduta, non accompagnata, nè seguita da altra malattia, non congiunta alla gravidanza dell' utero, protratta fino al settimo mese, e concorrendo tutti, o la maggior parte dei segni altrove rammentati, si può dire, dietro i casi di gastrotomia, eseguiti in varj tempi, o di predizioni giustificate dal fatto, che sotto tali circostanze si giunga ad avere una tal certezza morale della gravidanza estrauterina da accostarsi moltissimo a quella fisica.

§. 77. Lo stesso però non può dirsi delle singole specie di gravidanze, e non si può precisare la sede fuorchè, con dei gradi di maggiore, o di minore probabilità; distin-

---

(1) *E' poco tempo che seguì nei pressi di Londra un caso dei più curiosi di tal sorta. Una Signora abitante alla distanza di circa cento miglia da Londra in età tra i 45 ed i 50 anni, che non aveva partorito da 17 anni, vedendosi crescere il ventre con qualche incomodo di salute, consultò i più reputati Ostetrici della Città, senza che alcuno pensasse a crederla gravida, nè vi pensò essa, non i di lei amici, o parenti. Portatasi frattanto ad assistere al parto della propria figlia, prima che quest' ultima entrasse in travaglio, la madre fu presa dalle doglie, e partorì una bambina nel quartiere destinato per la figlia. La prima visita che fece dopo il puerperio fu al Dott. V..., al quale presentò il neonato: ma questa celia non fu ben ricevuta.*

guere poi nella madre vivente, e prima che abbiano avuto luogo gli sforzi del parto, una gravidanza tubale da quella dell' ovaja è ancor più difficile.

Dell' esito delle Gravidanze estrauterine, ed indicazione per il trattamento delle medesime.

§. 78. Si è veduto, parlando delle gravidanze tubali (§. 10 — 24) quale può essere il termine delle medesime, e dalla molta analogia che trovasi tra l' andamento di una gravidanza tubale, e dell' ovajo (§. 68), e si può calcolare, che il pericolo, e l' esito è presso a poco simile. Resterebbe soltanto, a favore della gravidanza ventrale, un grado di maggior probabilità perchè giunga al termine del nono mese, senza cagionare alla madre gli sconcerti, che dipendono dalle rotture, e lacerazioni delle parti contenenti l'uovo: ma rammentandoci le atroci pene sofferte dalle pregnanti al termine del nono mese (§.62, 67), ed i pochi casi in ciascuna specie, di esito felice, quando cioè la madre potè sopravvivere mediante l'espulsione del feto, previa una suppurazione in qualche parte, come in quelli rammentati (§§. 15 18 21 43), nei tre casi, due dei quali esposti ai num. 227 e 229 del Volume XXXIII. delle Transazioni Filosofiche (1), e l' altro negli Atti dell'A. R. delle Scienze di Parigi (2); in quello dei due gemelli esciti per l' ombelico, riferito da *Albucasis*, ed in qualunque altro caso di quelli rammentati da *Bartolino*, da *Littre*, da *Astruc*, da *Desbois*, *Rochefort*, *Percival*, *Underwood*, *Brulè*, *Gardien* ec (3), si potrà conoscere quanto grande sia il pericolo per la madre. *Bussiere* parlando di una donna, che nel 1686 portava il feto nel ventre da quattro anni dice = *Prostant historiae gravidarum quarum foetus in uteri tubis fuerunt reperti, sed evadere praepediti vitam et ipsi amise-*

(1) *Compend. di* Gibelin *Vol. X.* (2) *Anno* 1746 *vedi pag.*

(3) *In molti anzi di questi casi, nei quali si parla di suppurazioni terminate con la guarigione della madre, non si trattò sempre di gravidanze estrauterine; ma bene spesso di feti passati nel ventre per rottura dell' utero. Il conoscerli però giovava onde calcolare le risorse della natura in ambedue le circostanze.*

runt, *et una abstulerunt matribus* (1). Se più esatte osservazioni frattanto, e se gli sforzi della natura secondati dall' arte, come nei casi sopra indicati, hanno fatto vedere che non è sempre vera la seconda parte di questa sentenza, resta però sempre dimostrato il sommo pericolo della vita, o l' abbreviamento della medesima, previa una miserabilissima esistenza per un tempo ora più, ora meno lungo, e quasi sempre con una salute incerta, o totalmente rovinata per la madre. La morte poi del feto è tanto certa, che l' eccezione altrove citata (pag. 278) non debbe esser tenuta in alcun conto, sia per il fatto, come per il resultamento, poichè la madre morì immediatamente.

§. 79. „ Attendere dalla natura il fine della gravi„ danza estrauterina, dice *Capuron*, questo è un voler „ precipitare evidentemente il fanciullo nella tomba, o „ negargli la vita, della quale potrebbe forse godere se „ una mano ausiliatrice venisse opportunamente in suo „ ajuto; è un compromettere egualmente la salute della „ madre, ed esporla ai più grandi pericoli, all' emorra„ gie, all' infiammazioni, alle putrefazioni ec. Per qual„ che accidente felice, la di cui rarità non permette di „ sperare il ritorno, ed ai quali l' arte ha il più delle „ volte contribuito, si potrebbero contrapporre migliaja „ di vittime, che hanno soccombuto agli sforzi impotenti „ che elleno facevano per partorire, o agli accidenti oc„ casionati dalla caduta, e dal soggiorno del feto nell'ad„ dome. Il limitarsi a prender la parte di semplice spet„ tatore, e lasciare perire la madre ed il figlio, mentre „ i soccorsi ben amministrati potrebbero salvare l'uno o „ l' altra, e qualchè volta ambedue, è in questi casi la „ somma delle imprudenze (2) „. Due adunque saranno le vedute dell' ostetrico: 1.° quella di vigilare l' andamento della gravidanza, in modo che questa giunga al suo termine ordinario, cioè al nono mese, o almanco al principio di questo, e 2.° che quindi termini, per quanto è nell' arte, felicemente per la madre, e per il feto, o almanco per la prima, se non si potrà salvare il secondo. Se nel caso infatti di somma strettezza della pelvi, e di impossibilità dimostrata del passaggio per essa di un feto

(1) *Acta Eruditorum Lipsiae*.

(2) *De l' Art des accouchemens*.

non mutilato, s'istituisce l'operazione cesarea per salvare la vita dell'uno, e per quanto è possibile quella dell'altra: molto più nel caso di gravidanza estrauterina, giunta al suo natural termine, nella quale la morte del feto può esser cagione di danni infinitamente maggiori, senza calcolare la sempre sussistente preclusione all'uscita, o estrazione per le parti naturali, si dovrà ricorrere a quel mezzo, che può portare la salvezza del feto, e della madre. Del primo non potrà ottenersi se non previa la maggior certezza possibile della esistenza della vita del feto fuori dell'utero; della seconda si può conseguire anche allora che il feto sia morto, e trattenuto nel ventre della madre al di là del nono mese.

§. 80. *Chambon* ha pensato che una dieta conveniente, ed alcune emissioni di sangue potrebbero tener lontane le madri da qualunque sinistro accidente, diminuendo per una parte l'accrescimento del feto, e procurando per l'altra l'estensione delle membrane, o della cisti che lo inviluppa. Io penso che tali mezzi, ed anche qualche bagno tepido entrar debbano nel regime dietetico; dopo aver riconosciuta però la gravidanza per estrauterina, e presentandosi dolori colici, sintomi d'infiammazioni addominali, ed anche semplicemente lo stato pletorico. Che poi con la severa dieta si possa riuscire ad ottenere la diminuzione nello sviluppo del feto, questa è una speranza le di cui fondamenta sono molto mal basate (*vedi pag.* 163, e 255); e se i feti estrauterini sono proporzionatamente più piccoli, ciò deesi ripetere da altre cagioni al di là della dieta della madre, durante la gravidanza.

§. 81. Ottenuto, e per le forze della natura, e per una dieta, che tutta dipender debbe dal criterio dell'assistente, perchè modificabile a seconda dei sintomi, che accompagneranno la gravidanza medesima, che questa sia portata al nono mese, bisogna ricorrere alla gastrotomia. = *Coloro che trascurano questa operazione* dice Gardien, *quando il feto è nell'addome si conducono così molto più per il timore di compromettere i loro propri interessi, che per paura di aggravare lo stato di queste infelici con una operazione, che avrebbe potuto salvarne un gran numero*. Si affacciano frattanto da molti le difficoltà già presentate da *Levret*, e dallo stesso *Simon*, sebbene gran fautore dell'operazione Cesarea, cioè il pericolo dell'emorragia interna per il distacco della placenta; perchè „ quando questa, diceva *Simon*, sia attac-

„ cata al mesenterio, all' epiploon, o agl' intestini, il pe-
„ ricolo sarà sempre sommo. D'altronde non vi sarà
„ nulla da sperare dalla contrazione delle parti, alle quali
„ sarà aderente la faccia posteriore. Questi timori però
„ non sono gli stessi quando un ascesso determina l'usci-
„ ta del feto molto tempo dopo la di lui morte, la coe-
„ sione degl' inviluppi di questo corpo, estraneo alle parti
„ vicine, cagionata dall'infiammazione, impedisce lo span-
„ dimento della materia saniosa, che somministrano or-
„ dinariamente questi ascessi. Il Chirurgo in questi casi
„ non è occupato che di facilitare l'espulsione delle parti
„ del feto, e della placenta, le quali escono a poco a
„ poco, e non essendovi più in questo caso circolazione
„ tra il corpo estraneo, ed il luogo al quale era ade-
„ rente, non vi è da temere emorragia „. Dopo un tal consiglio però conclude lo stesso *Simon* „ Si potrebbe
„ praticare l' operazione, senza esservi determinati da
„ una formazione di un ascesso, soltanto allora, che sia-
„ mo certi della vita del feto, e del momento nel quale
„ la natura tenta di volergli procurare un'escita „. Trova anzi di che dolersi, che l' operazione di *Cyprianus* sia stata fatta troppo tardi, allorchè cioè il feto era morto; poichè sebbene la madre sia guarita felicemente, non è per questo che la di lei vita non sia stata compromessa dopo la morte del feto, che pure si sarebbe potuto salvare se si fosse cavato vivo con la gastrotomia.

§. 82. Parmi che si potrebbe convenire in qualche modo, che si lasciasse di praticare la gastrotomia nella vivente, quando si trattasse di perdere colla omissione del taglio la sola vita del feto: Ma quando ci si fa conoscere dai fatti per un lato, che la vita della madre è grandemente compromessa anche dopo la morte del feto, o che col sacrifizio in somma della vita dell' uno non si può sempre sperare di salvare quella dell'altra; che l'incisione del ventre allora quando venne eseguita dopo la morte del feto (non eccettuati alcuni casi nei quali la natura indicava un punto di suppurazione nel ventre) le condizioni della salute delle madri sono state meno atte a somministrare delle fondate speranze, o sono state anzi accompagnate dal doppio rammarico di vedere l' operazione infruttuosa per l'uno, e per l'altra, parmi di poter concludere, che la gastrotomia debba esser fatta non solo quando vi è speranza di salvare la madre, ma principalmente poi per salvare quest' ultima insieme ed il feto.

§. 83. Da alcuni ostetrici, e da *Merriman* tra questi, dai quali si considera il successo della gastrotomia come dubbio, anche nei casi di rottura dell'utero (*vedi pag.* 95) si riguarda come molto più pericolosa nei casi di gravidanza estrauterina per le ragioni sopra esposte (§. 81): ma siccome a vantaggio della gastrotomia nei casi di passaggio del feto dall'utero nel ventre all'epoca del parto stanno i deposti, e le osservazioni degli Ostetrici più celebri del Continente: così fatti, ragioni ed autorità sostengono la convenienza dell'operazione quando il feto fu concepito fuori dell'utero. *Baudelocque* infatti cita in conferma, tra gli altri casi, i felici successi ottenuti, e comunicati da *Thibault* chirurgo a Mons, e da *Desbois*, aggiungendo che il resultato sarebbe stato felice ancora per il feto, se questi operatori fossero stati chiamati in tempo, come riuscì di fatto in un'altra gastrotomia, rammentata nella stessa memoria (1) *Gardien* asserisce, che la stessa operazione dopo il 1767 fu praticata felicemente altre due volte in Orleans da *Lambron*. E senza scendere ad una troppo estesa enumerazione si possono citare i felici resultati ottenuti nelle gravidanze estrauterine, con la gastrotomia da *Solingen*, da *Cyprianus*, da *Marcandet*, da *Mouncey*, e recentemente da *Ruth*, il di cui caso servirà ad illustrare la storia della gravidanza ventrale in genere, e quella dell'operazione, ed il caso di nuova gravidanza durante la dimora del feto morto nel ventre (2).

§. 84. Caso XI. *Carlotta Wisatzy di anni* 36, *nativa dell'alta Slesia, di forte costituzione, e già madre di sei figli, quindici mesi dopo l'ultimo di questi, osservando che il di lei ventre diveniva più grande, e sentendo dipoi i movimenti del feto, fu convinta di essere nuovamente gravida. Appena cominciata la gravidanza incominciò a soffrire dei dolori intestinali, che non aveva avuti nelle precedenti; sul principio leggieri: ma che poi divennero insopportabili. I mestrui non si arrestarono in tutto il corso della gravidanza, e vide inoltre ogni otto, o sei giorni, e dopo qualunque eser-*

(1) *Histoire de la Soc. Royal de Medic.* 1776.
(2) *Il caso, tradotto dal Tedesco in Inglese, è riportato nel n.° LXXXIII. dell'* Edimburgh Medical and Surgical Journal.

cibio alquanto forte, una scarica di muco, unito a del sangue coagulato. Niun altro disordine di salute si era mostrato al settimo mese. Tra la quinta e sesta settimana, avanti il termine della gravidanza, essendo a lavare, si dovette spingere rapidamente in avanti con la vita per un panno che veniva portato via dalla corrente, sentì all' istante rompersi qualche cosa nel ventre con un cupo rumore, e, nello stesso tempo, che il tumore di rotondeggiante che era si mostrò alquanto al disopra dell' ombelico, verso il destro lato. Cadde allora svenuta, e fu portata in casa, e posta in letto, ove restò circa cinque settimane tormentata dai dolori nella parte inferiore del ventre. Sopravvennero le solite doglie del parto, aspettato dalla mammana, e dal chirurgo, ma quelle gradatamente scomparvero, ed alla donna altro non restò se non che uno stato di debolezza.

Dopo questo tempo, per due anni, e tre mesi potè attendere ai suoi affari domestici, senza altro inconveniente, fuorchè un poca di scarsità nei suoi mestrui, sebbene regolari. In questo stato divenne nuovamente gravida senza alterazione nella salute fino al settimo mese compito. Da quest' epoca in poi il ventre si fece oltremodo largo, e scolorato, e pesantissimo in ciascun movimento, e divenne così debole, che era obbligata talvolta a restare in letto per tutto il giorno. Partorì frattanto felicemente, e per quindici giorni allattò il figlio: ma facendole questi molto male al petto fu obbligata a slattarlo. Alla pronta scomparsa del latte successe somma debolezza, sete, diarrea, ed una febbre ettica, che minacciava di condurre la paziente ben presto alla tomba. Nello stato di somma emaciazione il ventre si manteneva voluminoso, ed un pollice al di sopra dell'ombelico si mostrava un tumore come un uovo di gallina, che dava dei dolori in tutto l' addome, e toglieva il riposo alla paziente. Il tumore era cedevole al tatto, e vi erano due piccolissime aperture, dalle quali esciva una materia purulenta. Preso per un ascesso, ed aperto come tale, vennero fuori dei capelli uniti alla marcia, e sentite con il dito le ossa, si ploclamò dal Chirurgo l' esistenza del feto, e la imminente morte della madre. Io (Ruth) chiamato a visitarla in tale epoca trovai l' orifizio dell' utero strettamente chiuso, e verificate le circostanze sopra esposte, determinai di liberare la donna mediante l' operazione.

§. 85. Operazione. *Il dì 31 Decembre 1822, dopo avere sbarazzato la vescica, ed il retto intestino, collocai in letto la donna, facendole sostenere i piedi, e cominciai la incisione nella linea alba, due pollici ed un quarto al di sopra dell' ombelico, estendendola un pollice e mezzo in lunghezza, e profondandola fino al peritoneo, quale poi divisi, avendo cura di non intaccare il colon, che era immediatamente sotto. Introdussi il dito indice ed il medio della mano sinistra per elevare le pareti dell' addome, e prolungai il taglio in linea retta fino a tre quarti di pollice sopra la sinfisi del pube. Messi così allo scoperto il feto il quale occupava la parte destra dell' addome, con la testa nella regione inguinale, il dorso in quella iliaca, volto alle pareti addominali, ed i piedi nell' ipocondrio dello stesso lato. La spalla sinistra giaceva nella parte inferiore della regione ombellicale di contro all' apertura esterna per la quale si era primariamente riconosciuta la sua esistenza. Io remossi con ogni cautela il feto, e tenni dietro all' andamento del cordone ombellicale, il quale passava dal feto sopra la parte sinistra dell' utero, ed andava a perdersi sopra una massa di sostanza molle (il resto della placenta non ancora convertita in pus) attaccata alla parte inferiore del grande omento. Il cordone era sommamente sottile, ed era presso che diviso in pezzi. Dopo di questo portai via con la spugna una quantità di pus, per lo che potei vedere lo stato dell' utero. Questo sporgeva circa due pollici, e mezzo sopra il pube, ed era della lunghezza di tre pollici e mezzo, e di due e mezzo il suo più corto diametro. Il colore del viscere era di un rosso pallido, e dava al tatto la sensazione di un corpo elastico, onde giudicai, che dopo l'ultimo parto non avesse ripreso tutta la sua contrattilità, probabilmente a motivo della debolezza della paziente. Nulla altra cosa eravi di rimarcabile. Il colore, e la struttura naturale degl' intestini non si poteva ben riconoscere a motivo della materia dalla quale erano stati ricoperti, e che in parte vi era attaccata. Per impedire gli effetti che sarebbero nati dal tenere più a lungo aperta la cavità, e perchè gl' intestini sporgevano molto in fuori, la respirazione diveniva difficile, chiusi al più presto possibile la ferita, astenendomi da ogni ulterior esa-*

me. Le parti furono riunite insieme per mezzo di una sutura, e vi posi egualmente delle strisce di cerotto adesive, e sopra a queste delle semplici pezze, unitamente ad una larga compressa, e finalmente procurai che il tutto fosse ritenuto in sito con una fascia girata attorno al corpo. La paziente fu posta nel suo letto, e le fu ordinato la seguente mistura: Olio di mand. dolci once mezza, gomma mimosa q. b. per far emulsione con acq. di camomilla once sei; si aggiunga estratto di Giusquiamo grani sei; tintura di digitale dramme mezza: etere solforico dramme una, per darne un cucchiajo grande ad ogni ora.

Il feto era una Bambina di 18, o 19 pollici di lunghezza, ben formato, e capace di vivere. La parte capillata, ed ambedue gli occhi erano in stato di suppurazione, l'osso parietale sinistro forato in mezzo, probabilmente nel primo esame. La vita era distorta da un lato per essere stato così lungo tempo compresso, ma non vi era alcuna cosa di preternaturale.

Il due Gennajo 1823 il polso della paziente, che non aveva potuto prendere riposo dopo l'operazione, era celere, piccolo, e filiforme; aveva gran sete, lingua arida, molta tosse, pelle umida, orina grave unita a del mucco; somma debolezza, diarrea, e molto dolore nella ferita. Io ordinai dell'acqua d'orzo per bevanda e del Gruel con del riso, o qualche frutto cotto per alimento. La sopradetta mistura fu lasciata; la fasciatura fu cangiata perchè intuppata di una quantità di materia sanguinolenta molto fetida; i cerotti si erano perduti, ma la sutura restava ferma. Nel terzo giorno si arrestò la diarrea alla quale tenne dietro la costipazione di ventre, che si allontanava coi lavativi; la tosse era il peggior sintoma, e tanta fu la quantità della espettorazione, che si sarebbe creduta attaccata da tise.

L' undici di Gennajo la ferita cominciò a guarire, e la tosse divenne meno violenta. Nel 22 la paziente cominciò ad alzarsi in letto, e la ferita era piccolissima, e polita. Il 2 Febbrajo si alzò, ma siccome non aveva camminato da quindici settimane, ed era ancora debolissima, cadde svenuta. L' utero in questa circostanza si spinse un poco in avanti verso la ferita, lo che ritardò la cura, ma per mezzo di una stretta fasciatura l' utero fu ritenuto nell' addome, e la ferita

fu ben presto cicatrizzata. La paziente riacquistò prestamente le sue forze, ed alla metà di Marzo godeva di una perfettissima salute.

§. 86. Da questo caso, egualmente che dagli altri sopra nominati (§. 83) si potrà conoscere, che con l'operazione si sono evitate non solo le funeste conseguenze del ritenere più a lungo nel ventre un corpo, che sebbene avesse determinato una suppurazione, poteva però e per il più prolungato soggiorno di esso stesso, e per il riassorbimento delle marcie divenire in breve fatale, come si era pronosticato (§. 84). L'importanza in questi casi della scelta del tempo per operare è così grande, che a questo difetto di scelta, ossia alla somma procrastinazione può attribuirsi l'inutilità dei tentativi fatti, e dei soccorsi arrecati in altri casi (§ 28. 33).

§. 87. Ma questa scelta appunto del tempo di operare ha formato il soggetto di un'altra questione tra gli Ostetrici. Non vi è adesso alcuno, il quale in tali casi vorrebbe dire apertamente, che tutto bisogna abbandonare, ed abbandonarlo in qualunque evento, alle forze della natura: ma coloro i quali non ammettono la gastrotomia, fino a che la gravidanza estrauterina non sia provata dalla mancanza del parto; che poco credono alla possibilità di salvare il feto insieme, e la madre, e che in veduta dei pericoli, cuoprono il partito di lasciare tutto alla natura, affettando maggior timore dell'operazione, che della gravezza del caso, non vogliono che s'incida il ventre, o che ciò si faccia allora soltanto, che la natura indica un punto ove si elegge da per se stessa di aprire una strada al feto. L'avere *Mouncey* dilatato col ferro l'apertura dell'ascesso, di già esistente da undici mesi, al disotto dell'ombellico nella donna di Abo, cavando nel primo giorno una porzione delle ossa del feto libere; nel secondo il cranio, dopo averlo ridotto in pezzi, e nel terzo giorno il tronco, e le altre materie corrotte; quello che fu fatto da *King*, e da *Cypriano* stesso, sebbene dica aver fatto la grande apertura, ove era determinata l'ulcera fungosa, e forse il caso puranche estesamente qui riferito (§. 84) possono esser presi da essi come altrettanti argomenti della possibilità del dilazionare con vantaggio, e della convenienza puranche di questa dilazione.

§. 88 I partigiani dell'operazione prima del termine del nono mese, e perciò prima della morte del feto, oltre

gli esempj di felice successo, hanno dal loro lato il vantaggio del fine lodevole di tentare la salvezza non solo della madre, ma ancora quella del feto, nè è poi vero, che sieno appoggiati alla sola autorità dei modernissimi Scrittori poichè uomini di somma pratica, o non appartenenti al presente secolo, come lo stesso *Levret* e *Sabatier*, il Padre, sono convenuti, che in alcuni casi possa utilmente eseguirsi (1), e quest' ultimo, nel caso sopra citato (§. 25) aveva consigliato la gastrotomia alla presenza di *Doucet*, quando cioè alle impotenti doglie del parto non era ancora sopraggiunta la febbre con tutti quei sintomi, che tolsero di vita la paziente. *Houston*, *Galli*, e qualcun altro avevano fatto altrettanto, e la procrastinazione, o il rifiuto costante dell' operazione non ebbero miglior successo.

§. 89. Veduto pertanto dai più profondi pratici, e dai più prudenti operatori, che il temporeggiare dopo l'epoca del parto portava necessariamente la perdita di un individuo, e probabilmente del secondo, si pensò all'epoca nella quale vi sarebbe maggior probabilità di salvare l'una, e l'altro. *Baudelocque*, dietro i felici successi per la madre, e per la madre e per il feto, ottenuti nei casi di operazione cesarea, o della gastrotomia all' epoca del travaglio del parto, consiglia che si aspetti ad operare in questo tempo; e nelle memorie dell'Accademia di Chirurgia di Parigi si legge, che un Chirurgo, accortosi della esistenza di un feto nella cavità addominale, dopo che quello uterino era venuto alla luce, incise il basso ventre, e salvò la madre ed il feto. La considerazione però che sotto gl' irregolari, e i violenti sforzi all'epoca del parto possono nascere lacerazioni, e stravasi, convulsioni, e morte, come nei casi sopracitati (§. 67), o svilupparsi la febbre, ed infiammazioni fatali, come in quello di *Sabatier*, si pensò da *Houston*, e si è quindi creduto da *Capuron*, e da *Gardien* che l'epoca la più conveniente sia qualchè giorno avanti il termine del nono mese, ovvero, nei casi d'incertezza dell'epoca nella quale dovrebbe accadere il parto, dopo che non è più dubbio l'incominciamento dell' ultimo mese.

§. 90. Attesa però la facile contingenza, o che la gravidanza estrauterina non sia riconosciuta in tempo oppor-

(1) Levret *l'Art des accouchements* §. 653.

tuno, onde l'arte possa apprestare soccorso alla madre, ed al feto, nella incertezza della vita di quest'ultimo, ovvero esistendo molte dubbiezze nello stabilire la diagnosi di un particolar caso, per complicazione di gravidanza dell'utero, di ascite, o di qualunque altra affezione atta ad intorbidarla, allora certamente meglio sarebbe, e sarà anzi concorde con i dettami della vera prudenza l'attendere la comparsa delle doglie, ed i segni che si raccoglieranno da questo stato della donna prima di incominciare l'operazione.

§. 91. Si è detto non esser prudente impresa quella di operare una donna, il di cui stato di salute dà poche speranze di vedere coronata l'operazione con un felice successo, ed agli occhi di tutti, cred'io, che la gastrotomia fatta da *Galli* mostri più le di lui ottime qualità di cuore, che la sollecitudine di tenersi in guardia dagli addebiti; lo stesso è accaduto in qualche altro caso più recente: e lo stesso infine si sarebbe detto dell'operazione di *Ruth*, se il resultamento, moderatore dei giudizi degli uomini, non imponesse silenzio. Lasciando perciò ad ogni Ostetrico, che egli giudichi della convenienza, nel caso particolare, del partito da prendersi, dietro il parere dei periti dell'arte, che dovrà chiamare a consulto, piuttosto che da generali precetti, in favore, e contro dei quali si possono citare degli esempj, basterà il rammentare, che la troppa sollecitudine, egualmente che la soverchia dilazione possono avere del pari dispiacevoli conseguenze.

§. 92. Ogni qualvolta sarà stato deciso di passare all'operazione, è necessario che si determini il luogo, o punto del basso ventre il più opportuno per l'incisione. Molti hanno creduto doversi questa creare nel centro di quella prominenza del ventre alla quale corrisponde la sede peculiare del feto, scelta che potrebbe giustificare in qualche modo il tralasciare d'incider piuttosto la linea alba (§. 85). Quest'ultimo metodo però, reputato convenientissimo nel caso di dovere istituire l'operazione cesarea, offre il vantaggio di poter prolungare il taglio indipendentemente da quei timori, che potrebbe avere il Chirurgo creandolo in una qualunque altra parte dell'addome.

§. 93. Il timore della emorragia non essendo maggiore nella gastrotomia, di quello che sia nell'operazione cesarea, fosse anche il feto nella tuba, o nell'ovajo, resta a decidersi cosa far si possa per impedire quella

emorragia, che nascer potrebbe dal distacco della placenta. Gli sforzi che fanno per partorire le donne, la di cui gravidanza estrauterina giunge al termine del nono mese, la contrattilità che si riscontrò nelle parti interessate dalla presenza del feto nel *Caso VI.* (§. 35), e quella particolare del sistema tutto della generazione della donna, potrebbe indurci a credere che le objezioni presentate per questo distacco non sieno poi di tanto peso per non doversi tentare, in alcuni casi, che il criterio dell'ostetrico può stabilire, il distacco della medesima: ma in ogni caso dubbio, come sarà qualunque volta si pratichi prima del termine del nono mese, e quando la placenta aderisce a parti, che godono di poca contrattilità, sarà meglio, come i più consigliano lasciarla, poichè o questa si putrefà, e può essere espulsa con altre materie per l'apertura della ferita, ovvero si dissecca, come accadde di vedere in un caso a *Mascagni*, e non può servire di causa occasionale di alcuna malattia.

§. 94. Nella nota da me aggiunta sull' *Operazione Cesarea per la via della vagina* (pag. 246) esposi i casi nei quali questa operazione poteva convenire, essendo il feto entro dell'utero: ma molto più conveniente viene considerata in quei casi di gravidanza estrauterina, nei quali la testa del feto, vivente o morto, occupa il piccolo bacino, ed ha avanti di se poche parti molli, in guisa che si può riconoscere qual punto della testa esso presenti, ed è allora, che può ripetersi l'operazione eseguita da J. *King*, e da *Boenisch*, dopo essersi anche in questo caso, assicurati della sufficiente dimensione della pelvi. *Burns*, che tra gli Autori moderni si è dichiarato contrario alla gastrotomia nei casi di gravidanza estrauterina, (1) ha fatto una eccezzione per il caso di discesa del feto per la vagina, ove sembra, che consideri infinitamente minori i pericoli indotti dal taglio; ed evvi infatti maggiore speranza, che lasciando stare la placenta, come ho di sopra accennato (§. 93), questa, egualmente che le altre materie potranno trovare l'uscita più facile, e più libera di quello che dopo fatto il taglio addominale.

§. 95. Il trattamento accessorio all'operazione, consiste nell' allontanare il pericolo dell' infiammazione nel

---

(1) *The principles of Midwifery. Sixth edition Cap. XVIII.*

procurare lo scolo delle materie, nell'allontanare la formazione di qualche ernia, e favorire ad un tempo la cicatrizzazione, delle quali cose, ogni Chirurgo è abbastanza istruito, onde non sia quì necessario discendere a più minute prescrizioni.

§. 96. Concluderemo perciò, che in ciascuna specie di questi casi moltissimo vi è da temere sotto qualunque punto di vista, ed in qualunque epoca si prendano a considerare; che la natura non dà alcuna cosa a sperare per la salvezza del feto; che si può attendere con sufficiente fondamento qualche sforzo della medesima per salvare la madre, ma non avere la stessa confidenza nel resultamento del medesimo, che l' intervento dell'arte è costantemente indispensabile per salvare il feto; e che senza di questa, la natura spesso altro non avrebbe fatto, fuorchè prolungare l'atroce martirio delle madri.

TAVOLE OSTETRICHE

Sono state pubblicate varie tavole coll' intenzione di mostrare nel più preciso punto di vista i casi, gli straordinarj incidenti, le morti ec. relative al processo della gravidanza e del parto; e per vero dire tali esposizioni raccolgono molti fatti, che altrimenti sfuggirebbero all' osservazione, e delle particolarità che resterebbero ignote.

Le prime tavole che lo ho vedute furono quelle pubblicate in alcune delle prime edizioni dell' opera di *Mauriceau*. Queste tendevano a provare che i feti nati a otto mesi sono più atti a vivere di quelli nati a sette, a fine di distruggere il pregiudizio tuttora sussistente nel basso popolo, che riguarda i figli nati all'ottavo mese, dietro un errore ippocratico, non capaci di vivere; il secondo oggetto di queste tavole era quello di mostrare che le gravidanze sono talvolta protratte al di là della fine del decimo mese lunare; contando dalla cessazione del flusso mestruo. *Titzing*, *Beckman* pubblicarono in Amsterdam le tavole delle cattive posizioni, e dei casi strumentali, raccolte dal 1741 al 1765. Risulta da questi che in diciotto anni furono in quella città 262 casi di inchiodamento della testa, 3 di presentazione della faccia, 98 del braccio, 61 dei piedi, 66 delle natiche, 2 del dorso, e 44 del funicolo; ma siccome non è indicato il numero dei parti tra i quali accaddero questi accidenti, una tale osservazione diviene poco interessante. J. F. G. *Dietz* pubblicò nel 1757 (Vedi Roederer Opuscula medica) varie tavole per determinare il tempo dei movimenti del feto nell' utero, ed il peso in genere dei neonati, dalle quali furono dissipati molti errori su questo soggetto. Il Dtt. J. *Clarke*, medico all' ospizio di Maternità di Dublino, ha fatto parimente alcuni calcoli sulla mole dei feti all' epoca della nascita, ed ha mostrato che un bambino, quando nasce il primo, è più voluminoso e più pesante di una bambina, poichè il peso dei maschi è in generale di circa undici libbre (italiane), e quello delle femmine di dieci circa. *Smellie* ha fatto un calcolo approssimativo dei parti

preternaturali, ed istrumentali. Egli suppone che di 1000 pregnanti 990 possono partorire senza assistenza dell' arte; che 6 avranno bisogno del forcipe o della leva, e che in 4 casi sarà necessaria l' estrazione artificiale per i piedi, due dei quali a motivo della presentazione delle natiche, e 2 di quella del braccio. Così nelle cattive posizioni egli pensa che in 1000 parti il feto si presenti male circa 60 volte, cioè 50 volte con la fronte voltata verso uno dei due lati — 1. o 2 volte coll'orecchio — 2. o 3 colla faccia — 7 colle natiche — 2 con il braccio — E ben chiaro però che egli non pretende di dare questo calcolo come molto accurato. *Leake* stabilisce con un calcolo di egual natura che tra 1000 partorienti si avranno 900 parti naturali, 70 laboriosi, e 30 preternaturali. *Bland* istituì un' esattissima ricerca sulle varie specie di parti accaduti nel dispensatorio generale di Westminster, quale pubblicò un' esatta ricerca sulle varie specie di parti nelle Transazioni filosofiche del 1781. Ed il resultato di queste verrà esposto unitamente ad altri resultati nelle sequenti tavole.

TAVOLA I.

Rapporti delle differenti presentazioni accadute all' Ospizio delle partorienti somministrati dal fu M. Baudelocque.

Furono ammesse in quest'Ospizio dal 9 Decembre 1799 al 31 Maggio 1809 17,308 donne, dalle quali nacquero 17,499 fanciulli, 189 dei quali furono gemelli e 2 trigemelli. La proporzione perciò della nascita di 2 feti a quella di 1 è come 1 a 91. *Due mila di queste furono dipoi soggette a malattia, o a qualche grave accidente, ed in queste 2000 ne morirono 700.*

Di 17,499 parti 16286 furono presentazioni del vertice, 215 i piedi nella proporzione come 1 a 81 2/3 — 296 per le natiche nelle proporzione come 1 a 59 1/9 — 59 per la faccia nella proporzione come 1 a 296 1/2 — 52 per una spalla, e come a 336 1/2 — 4 per un lato del torace, 4 per un fianco, 4 per il lato sinistro della testa, 4 per i ginocchi, 4 con la testa, un braccio ed il cordone, e tutti questi nella proporzione come 1 a 4374 3/4 — 3 per l' ombellico, 3 per il dorso, 3 per le reni, e tutti nella proporzione come 1 a 5833 — 1 per la re-

gione occipitale, uno per lato con la mano destra, 1 con la mano destra e con il piede sinistro, 1 con la testa ed i piedi, e tutti nella proporzione di 1 a 17499 — 2 la testa, la mano, ed il cubito nella proporzione di 1 a 8749 1/2 — 37 la testa ed il cordone ombellicale nella proporzione come 1 a 483.

Di questo gran numero di donne 230 partorirono col soccorso dell' arte, il resto naturalmente, e così in proporzione come 1 a 76 1/2 — 161 partorirono col solo soccorso della mano, essendo i feti venuti per i piedi; 49 per mezzo del forcipe, o per motivo delle piccole dimensioni della pelvi, la caduta del cordone ombellicale, o per la cattiva posizione della testa, quando la donna esausta di forze, o la sua vita in pericolo per le convulsioni ec. — 13 furono estratti coll' uncino dopo la perforazione della testa, a motivo di mala conformazione della pelvi, e sempre dopo essersi assicurati della morte del feto.

L' operazione cesarea fu fatta in due casi, nei quali il diametro della pelvi dal sacro al pube era soltanto di un pollice, e sei linee.

La sinfisiotomia fu fatta in un caso, in cui il diametro della pelvi dal sacro al pube era soltanto due pollici, ed un quarto.

La gastrotomia fu fatta una volta nel caso di una gravidanza estrauterina, ed il feto pesò otto libbre e due oncie.

TAVOLA II.

Resultamento della pratica all'Ospizio di Maternità di Parigi tra 20,357 *pregnanti dal* 1797 *al* 1811 *preso dal Memorial de l' Art des accouchements di Mad.* Bowin.

N. B. *La precedente tavola, che mostrava i casi di* 17,308 *donne è inclusa in questa.*

Da 20,357 donne nacquero 20,517 figli — 20,200 furono singoli, 154 gemelli, e 3 trigemelli. — 20,183 nacquero senza soccorso dell'arte; 218 mediante il rivolgimento; 96 col forcipe; 16 col perforatore; 2 con la sinfisiotomia; 2 con la gastrotomia.

Non si parla del numero dei feti morti tra i nati senza artificiale assistenza, ma dei 334 che dimandarono il soccorso dell'arte 91 nacquero morti, 68 dei quali sem-

bra che morissero durante il parto, e 23 avanti il cominciamento del medesimo. Della morte delle madri niente si dice da Mad. *Bovin*.

TAVOLA III.

Resultato della pratica dello Spedale di Maternità di Vienna dato dal Profess. Boer *nel* 1812.

18642 furono le donne che partorirono, 211 morte ossia 1 in 93.

Fra 9589 delle sopradette pazienti 35, ossia 1 in 274 partorirono per mezzo del forcipe — 13, ossia 1 in 738 per mezzo del perforatore — 51, ossia 1 in 188 con il rivolgimento (il numero delle presentazioni col braccio non è espressamente rammentato, ma è presumibile che sieno stati 51).

Feti presentati con le natiche furono 184, cioè 1 in 52. — con i piedi 68, cioè 1 in 141. — per la faccia 73, cioè 1 in 131. — 121 donna ebbe il parto gemello, ossia 1 in ogni 80. Una sola in 9589 ebbe il parto trigemello.

TAVOLA IV.

Rapporto delle donne che partorirono nello Spedale di S. Caterina di Milano nell' anno 1810, *dato dal Sig.* Assalini.

Totale delle donne che partorirono 296 = parti facili e pronti 205 — facili ma lenti 83. — complicati 27. — impossibili 4.

Donne morte nel puerperio 10, cioè 3 di quelle con parto pronto, 1 dopo il parto lento, 2 dopo il complicato, e 4 dopo l'impossibile. Le cause della morte sembra essere state in uno delle prime tre l'apoplessia; vizi organici nelle altre due. = La donna che morì 26 giorni dopo il parto lento fu vittima dell'epilessia. — Una delle due che ebbero il parto complicato morì d'emorragia, e l'altra di metritide. — In un caso di parto impossibile la morte fu cagionata dalla rottura dell'utero, e negli altri 3 aveva preceduto l'operazione cesarea — Feti nati viventi 228 — morti 41, dei quali 12 appartengono al parto pronto, 10 a quello lento, 25 al complicato, 3 all'impossibile. La vita di un feto fu salvata mediante l'operazione Cesarea.

TAVOLA V.

Estratto del Registro dello Spedale di Maternità di Dublino dal 1 *Gennaro* 1787 *al* 1 *Ottobre* 1793, *ossia di* 6 *anni, e* 9 *mesi preso da* G. Clark.

Di 10,387 partorienti 10199 furono unipare, 184 feœro gemelli; 3 partorirono 3 feti alla volta, ed una 4.

Col nome di parto naturale noi indichiamo tutti quelli, nei quali la testa del feto si presenta all'orifizio dell'utero, e per preternaturali tutti quelli, in cui si presenta qualunque altra parte fuorchè la testa. Per parto ordinario intendiamo quello terminato dalle 24 ore dopo che l'orifizio dell'utero ha cominciato a dilatarsi liberamente.

Per parto naturale tedioso intendiamo quello, la di cui durata eccede le 24 ore, ma nel quale la sproporzione fra la testa del feto, e la pelvi della madre non è tale da render necessario l'intervento degli strumenti, che distruggono la vita.

Per parto naturale laborioso intendiamo quelli, che oltre all'esser protratti al di là delle 24 ore, rendono necessario di ridurre minore il volume del feto per salvare la vita della madre.

Le parole *per i piedi*, *per le natiche*, *Traversi* sono da noi usate giusta la comune accettazione del loro significato.

PARTI DI UNIPARI

	Naturali			Preternaturali			
	Ordinarj	Tediosi	Laboriosi	Per i piedi	Per le natiche	Traversi	TOTALE
Donne morte	9748 71	134 21	49 16	184 1	61 4	48 6	10, 199 199 come 1. in 86
Feti nati asfitici	M. F. 170 170	M. F. 26 15	M. F. 32 16	M. F. 36 21	M. F. 8 10	M. F. 20 13	M. F. 238. 293. 245 1. in 19
morti	186 164	5 3		5 0	0 3	2 0	398. 198. 245 1. in 28
	Forcipe 2	Forcipe 12					

I parti tediosi corrisposero come 1 a 70. Il forcipe fu usato 14 volte, cioè come 1 in 728. Il parto laborioso accadde come 1 in 208. Il parto preternaturale come 1 in 40. Tedioso, laborioso, e preternaturale presi insieme come 1 a 23.

Complicazioni del Parto.

24 Casi di emorragia uterina, 14 dei quali avanti, e 10 dopo il parto. In 4 casi si presentò porzione della placenta, ed uno soltanto di questi fu fatale — Madri morte 5; feti asfitici 10, alcuni dei quali prematuri.

21 Caso di ritenzione della placenta, che ebbero bisogno dell'estrazione artificiale — 7 accompagnati da emorragia uterina — Madri morte 4.

19 Casi di convulsioni avanti il parto, 16 dei quali nelle primipare, 3 furono liberate mediante il forcipe, e 6 con l'uncino — Madri morte 6. Feti nati asfitici 10.

5. Casi di lacerazione, e cancrena dell'uretra, e collo della vescica, con reiezione involontaria dell'orina — Non morì alcuna madre; un feto nacque vivente col soccorso del forcipe.

5 Casi di lacerazione della vagina sotto gli sforzi della natura.

3 Dello stesso genere sotto gli sforzi dell'arte — Una sola di queste donne potè sopravvivere.

66 Casi di prolasso del funicolo avanti la presentazione del feto — 17 feti nacquero vivi.

Varietà del parto naturale, quando si presentò una qualchè altra parte fuorchè il vertice della testa.

17 Presentazioni della fontanella, due delle quali produssero il parto tedioso, ed una quello laborioso.

44 Presentazioni della faccia, due delle quali produssero il parto tedioso.

Parti delle 184 donne che diedero alla luce gemelli.

Maschi	168)	Nati	M. 21)	Morti	M.	10)
Feminine	200)	asfitici	F. 22)		F.	13)

Donne che ebbero gemelli, come 1 in 56 1/2 — Madri morte 6 come 1 in 30 — 47 di queste donne ebbero ambedue i figli maschi, 66 ambedue femine, 71 un maschio ed una femina.

Modo di presentazione dei gemelli in alcuni di questi casi.

In 25 casi la testa ed i piedi; in 16 presentazione naturale di ambedue; in 10 i piedi, e la testa; in 6 le natiche, e la testa; in 3 ambedue per i piedi; in 2 ambedue per le natiche; in uno le natiche ed i piedi — Il forcipe fu usato una sola volta.

TAVOLA VI.

Calcolo del numero degli accidenti, o morti accadute in conseguenza del parto, preso dal Rapporto del Dispensatorio generale di Westminster, dato da R. Bland *nel* 1781.

Di 1897 che partorirono sotto la direzione di questo stabilimento 63 (ossia 1 in 30) ebbero parti non naturali, 18 dei quali (1 in 105) furono parti per i piedi; 36 (1 in 52) per le natiche; 8 per il braccio, ed 1 per il funicolo (9 come 1 in 210), che furono portati fuori per i piedi. 17 (ossia 1 in 111) ebbero parti laboriosi; in otto di questi (ossia 1 in 236) la testa del feto fu diminuita. In 4 fu messo in uso una sola cucchiaja del forcipe, e negli altri 5, nei quali la faccia del feto era rivolta verso il pube, il parto fu finalmente terminato dalle doglie. *Due delle prime otto donne partorirono di poi dei feti bene sviluppati, e sani. Una terza fece un piccolissimo, e debole bambino, che morì dopo due, o tre giorni. Una quarta partorì al settimo mese, ed il feto morì non mutilato, ma nel passaggio per la pelvi. Il numero delle donne perciò che erano incapaci di mettere alla luce dei feti viventi sembra ben piccolo; delle altre quattro non ho avuto di poi alcuna contezza.*

1 Ebbe le convulsioni circa il settimo mese della gravidanza; partorì un mese appresso un feto morto, e quindi si ristabilì. 1 ebbe le convulsioni durante il parto; messe alla luce il feto vivente, e si ristabilì. — 9 Donne (ossia 1 in 210) ebbero l'emorragia uterina avanti, e durante il parto, delle quali 1 morì senza partorire, 1 poche ore, ed 1 dieci giorni dopo il parto: 6 si ristabilirono. *In questi nove mesi si salvò un feto solo.*

5 Ebbero la febbre puerperale, delle quali 4 morirono, ed una di queste con la placenta dentro dell'utero. 2 Furono prese da mania, ma si ristabilirono a capo di

tre mesi — 1 sofferse una suppurazione immediatamente dopo il parto, che interessò la vessica, ed il retto; la paziente si ristabilì ma l' orine, e le fecce continuarono a passare per la ferita.

1 Ebbe la lacerazione del perineo fino allo sfintere dell' ano; fu fatta la sutura, ma senza effetto; si ristabilì, ma fu afflitta dal prolosso dell' utero.

5 Ebbero considerevole e penoso turgore delle gambe, e delle coscie, ma si ristabilirono.

105. In conseguenza di queste donne (ossia 1. in 18) ebbero parti preternaturali o laboriosi, o cattive conseguenze per i medesimi. 43. casi di questo numero (ossia 1. in 44.) furono accompagnati da particolari difficoltà, o pericoli; 7. soltanto (ossia 1. in 270.) morirono; le altre 62. si ristabilirono con un poco più di assistenza dell' ordinario, e

1792. ebbero parti naturali senza alcun particolare accidente.

TAVOLA VII.

Esposizione della presentazione del feto in 2947. casi di parto nella pratica privata.

2947. parti diedero 2988. figli, cioè 1518. bambini, e 1470. bambine — In 2810. casi di presentazione della testa si ebbero 2735. posizioni naturalissime; 44. (ossia 1. in 67.) colla fronte verso il pube; 10. (ossia 1. in 294.) presentando la faccia; 13. (ossia 1. in 227.) colla mano sul lato della testa; 8. (ossia 1. in 368.) col funicolo. — In 19. casi (ossia 1. in 155.) di presentazione dell' estremità superiori; 14. volte fu la mano, o il braccio; 2. ambedue le mani; 3. una mano con uno, o con ambedue i piedi. — In 78. casi (ossia 1. in 38.) di presentazioni delle natiche, o del fianco 72. furono senza complicazione di altre parti; 5. con un piede; 1. con il cordone ombelicale. — In 40. casi (ossia 1. in 76.) per l' estremità inferiori 37. furono per uno, o per ambedue i piedi; 1. per i ginocchi; 2. per i piedi e per il cordone. — In 128. casi (ossia 1. in 22.) di presentazione naturale il parto fu prolungato *al di la delle 24. ore*, 21. (ossia 1. in 140) fu accompagnato *da emorragia accidentale*; 7. (ossia 1. in 421.) da emorragia *inevitabile*, 4. (ossia 1. in 210.) da emorragia dopo il parto; 5. (ossia 1. in 588.)

da convulsioni. — 39. donne (ossia 1. in 76.) ebbero figli gemelli. 1. nebbe tre. -- 1. caso d'integrità dell' Imene (vedi Append. XI. Caso 1.) -- 1. di sommo ristringimento della vagina, in conseguenza di una infiammazione che ebbe luogo dopo altro parto. — 1. caso d'induramento della bocca dell'utero, che terminò fatalmente in carcinoma. -- In 9. casi (ossia 1. in 328.) fu impiegato il perforatore; 7. volte a motivo di distorsione della pelvi. *In quattro di questi casi fu una seconda volta provocato il parto prematuro e così si riuscì a salvare due feti.* Negli altri 2, essendo lunghissimo il travaglio si adoperò, dopo essersi assicurati della morte del feto, mancando la pulsazione del cordone escito fuori. -- In 21. caso (ossia 1 in 140.) fu necessario impiegare il forcipe o il vette; cioè 2. volte a motivo delle convulsioni; 2 per cattiva posizione della testa, 2. per ripetuta sincope; 15 per mancanza di forza espulsive, dell'utero. (16 *donne erano primipare*) (15 *feti estratti col forcipe nacquero vivi, e 6 morti, 1 cioè di quelli con cattiva posizione della testa; 2 le di cui Madri erano convulse: e 3 per la lunghezza del parto*).

Di tutti i feti nati 149, compresi i sopradetti sei erano morti, 83 dei quali nati prematuramente, e la più parte morti prima del parto; 66 sembra che morissero per la difficoltà del parto: 9 infatti morirono nei casi di presentazione delle natiche, 6 dei piedi, 2 del braccio, 4 del funicolo, 9 nei casi dell'emorragia accidentale, 5 dell'emorragia inevitabile, 5 delle convulzioni, 1 della rottura dell' utero, 1 nella morte istantanea della madre prima del parto, 24 nella lunga durata del parto, e quì sono inclusi i sei casi nei quali si adoprò il forcipe, ed i nove nei quali s'impiegò il perforatore.

Delle madri 14 (ossia 1 in 210) morirono durante il mese del puerperio: cioè 3 di peritonitide, o febbre puerperale; 1 di convulsioni (*vedi Caso IV. Append. XXVIII.*); 1. di morte subitanea per la rottura di un considerevol vaso sanguigno; 1 per rottura dell' utero, e questa aveva la pelvi stretta; : improvvisamente cinque giorni dopo il parto e senza nota causa; 1, che aveva un ristringimento della vagina (*vedi la nota 6 alla pag. 50.*); 1 di emorragia *placenta praevia*, 1 di peripneumonia spuria, che indusse il parto prematuro; e 4 di tise polmonale.

TAVOLA VIII.

Esposizione del numero delle morte durante il mese del puerperio tratto dalla pratica di un celebre Medico, in 2982 puerpere tra il 1786 ed il 1800 (del rapporto delle malattie in Londra di Willan, 1801. pag. 320)

Di febbri puerperali 5 — Di emorragia 6 — Di enteritide 1 — Di parto prematuro 1 — Di apoplessia 1. Di convulsioni 4 — Di rottura dell'utero 1 -- Di morte subitanea senza previa malattia 2 — Per ascesso ai lombi 1 — Di febbre scarlattina 4 — Di pneumonia 1 — Di tabe polmonare 3 — Totale 30.

TAVOLA IX.

Numero della morte durante il mese del puerperio tra 10,190 assistite da un altro Medico dal 1760 al 1810

Di febbre puerperare, peritonitide, e metritide 68 Di emorragia, *placenta praevia* 3 — Di emorragia accidentale 1 — per ritenzione della placenta 2 (vedi pag. 131) Di enteritide terminata in parto prematuro, e cagionata, per quanto si credè, da clandestina amministrazione di rimedi abortivi 2 -- Di mania puerperale 3 — Di apoplessia 2 -- Di convulsioni puerperali 2 — Per morte subitanea pochi giorni dopo il parto senza nota causa 3 Soffocate con lo spirito di corno di cervo 1 (*questa morte improvisa fu cagionata alla propria figlia da una madre debole ed imprudente che diede non solo ad odorare ma versò nella bocca e nella gola della paziente una bottighetta di questo spirito, ed ogni mezzo per richiamarla in vita sebbene prontamente usato fu inutile*) -- Di trismo 1 -- Di rottura d'utero 1 — Di costrizione dell'esofago 1 — Di reuma acuto 1 — Di tifo terminato in parto prematuro 2 — Di scarlattina terminata come sopra 1 -- Di asma 2. — Di preumonia 3 Di tise polmonale 8 — Totale 107.

TAVOLA X.

Nota delle malattie che furono fatali alle puerpere dell' ospizio di Maternità di Dublino. Dagli estratti del Dottor Clarke.

La Peritonitide a 32 — Il sinoco e tifo a 21 — La febbre ettica a 15 — La tise polmonale a 6 — La pneumonia a 3 — L'idrotorace a 2 — L'emorragia uterina a 5 — Le convulsioni a 4 — La rottura della vagina sotto gli sforzi della natura a 4 — La stessa rottura per gli sforzi dell'operatore a 3 — L'atrofia a 3 — La tristezza (giudicando dall' apparenze) a 3 — L'emiplegia a 1 — Tumore dell'ovajo a 1 — L'ileo a 1 — Malattia d'irregolare andamento a 21 — Totale 125.

TAVOLA XI.

Estratto di alcuni calcoli sulla fertilità e mortalità di Pietroburgo (Storck's Picture of Petersburgh)

Da 100 matrimoni sono nati 408 figli. 105. maschi per ogni 100 femine.

In 1000 nascite di maschi sono morti 9

In 1000 nascite di femine sono morte 5

In 1000 nati, i nati morti montano a 7

Di 1000 Donne Russe non muojono nel puerperio che 7, e tra le donne di altre nazioni nello stesso numero presso a poco 15.

Nel primo anno della vita tra 1000 figli muojono 279.

TAVOLA XII.

Somma delle morte nel puerperio in Londra, presa dai registri dei defonti.

Nei 4 anni precedenti il	1660	morì 1 in	36
10	1670		39
10	1680		49
10	1690		47
10	1700		65
10	1710		67
10	1720		72
10	1730		73
10	1740		70
10	1750		74
10	1760		81
10	1770		72
10	1780		92
10	1790		107
10	1800		113
10	1810		106
9	1819		107

FINE

NELLA STAMPERIA COMUNITATIVA
PRESSO GIOVANNI ROSSI

INDICE GENERALE

Ove, oltre le materie contenute in questa SINOSSI DELLE DIFFICOLTÀ DEL PARTO, sono registrate ancora tutte le Opere, e Memorie spettanti all'Ostetricia, che si trovano nella pubblica Libreria Comunale di Siena. *Aggiunto dal Traduttore.*

Aveva promesso di dare in fine di quest' Opera un elenco di tutte le materie trattate nella medesima, onde la copiosissima Appendice alla SINOSSI DELLE DIFFICOLTÀ DEL PARTO *non restasse senza indice (vedi pag. XIV): ma la circostanza di trovarmi invitato a classare le opere e memorie di Medicina Pratica, dal Sig. Lorenzo Ilari benemerito Custode della Biblioteca comunale di Siena, che con utile divisamento, e zelo instancabile lavora da molti anni nella compilazione di un Indice di tutte le Opere, e Memorie, colà raccolte,* per materie, *oltre l'altro già fatto per* Autori, *mi fece modificare il piano stabilito. Pensai adunque di pregare il detto Sig. Ilari a volermi accordare la permissione di classare anche le materie appartenenti all' Ostetricia, e disporle in modo adattato alla nosologica distribuzione del Dott.* Merriman, *lusingandomi che una tal cosa potrebbe riuscire utilissima per tutti gli Studenti Chirurgia nello Spedale di S. Maria della Scala, o nella Università di Siena, come pure utile a coloro che abitano in altre Città.*

*Quelle Opere, Memorie o Giornali che si troveranno indicate, avendo un * avanti di se non sono reperibili nella detta Bibliotcca; ma in una libreria privata, ove con biglietto del prefato Sig. Ilari si possono vedere e leggere da qualunque persona.*

Sotto ciascun Titolo particolare non si troveranno indicate le memorie che formano parte integrante di alcune Opere complete non solo di Ostetricia: ma ancora di Medicina pratica, di Chirurgia, o di Anatomia Patologica o Fisiologica. Sarebbe infatti necessario un volume a parte, escludendo anche le opere di Ostetricia, per citare i casi e le memorie di Haller, *di* Vanswieten, *di* Sauvages, *di* Mangeto, *di* Bonnet, *di* Morgagni, *di* Portal *ec. Per la stessa ragione non sono indicati quegli stessi articoli, che più o meno estesamente, si trovano esposti nei Dizionari Medici, o Chirurgici tanto Antichi, che Moderni.*

Ho trasurato ancora d' indicare qualcuna di quelle memorie, tra gli Atti *specialmente* dei Curiosi della Natura, *che mi sono sembrate pochissimo interessanti per il soggetto, o per il modo con cui questo veniva trattato.*

Ho preferito poi d' indicare tutti gli articoli di Atti di Accademie, e di Memorie dei Giornali in Italiano, e non ho creduto necessario mettervi il nome dell' Autore, eccettuati alcuni peculiari casi, ove si rendeva interessante o per il credito dell' Autore o per la importanza del caso medesimo. Sono poi indicati gli Autori, e conservato il titolo, come si trova in tutte le opere, ed opuscoli stampati separatamente.

Per servire finalmente alla brevità ho posto nella indicazione delle memorie inserite in opere polemiche le abbreviazioni, o cifre, delle quali premetto la spiegazione. Quando ad uno stesso articolo sono unite due o più cifre, significa che l'argomento, sotto la stessa intitolazione, ma in diverse memorie, trovavasi esposto in più luoghi.

CIFRE	SPIEGAZIONI
E A N C Dec vel *Cent An*	*Ephemerides Academiae Naturae Curiosorum Decas vel Centuria. Annus.*
A A N C Tom	*Acta Academiae Naturae Curiosorum. Tomus.*
N A A N C Tom	*Nova Acta Academiae Naturae Curiosorum Tomus.*
N A A N C Ap Tom	*Nova Acta Academiae Naturae Curiosorum. Appendix Tomus.*
A E L An	*Acta Eruditorum Lipsiae. Annus.*
A R des S H An, vel *T*	*Académie Royal des Sciences Histoire An.* vel *Tome.*
A R des S M An, vel *T*	*Académie Royal des Sciences Memoires. An.* vel *Tome.*
A R de Chir T	*Académie Royal de Chirurgie. Tome.*
M des S E p à l'I de F T	*Memoires des Savans Etrangers presentées à l'Institut de France. Tome.*
M de la S R de M An	*Memoires de la Societé Royale de Médécine de Paris. An.*
J de Phys. T	*Journal de Physique. Tome.*
B N (mese ed anno) Art	*Bayle Nouvelles de la République des lettres. Article.*
T F M T	*Transazioni Filosofico Mediche. Tomo.*
T F Comp di G vel *di * D* vel *di * L T.*	*Transazioni Filosofiche Compendio di Gibelin, o di Dereham, o di * Lowtorp. Tomo o Volume.*
A A C R J Tom	*Acta Academiae Caesereo-Regiae Josephinae. Tomus.*
A S M H Tom	*Acta Societatis Medicae Hauniensis. Tomus.*
A A S Tau T	*Acta Academiae Scentiarum Taurinensis. Tomus.*
I A S B Tom	*Instituta Academiae Scientiarum Bononiensis. Tomus.*
A dell'A F di S Tom	*Atti dell' Accademia dei Fisiocritici di Siena. Tomo.*
N C A S P Tom	*Nova Commentaria Academiae Scientiarum Petropolitanae. Tomus.*
A de B Tom	*Academie de Berlin. Tomo.*
O S Tom	*Opuscoli Scelti. Tomo.*
D Ph M A C Tom	*Disputationes Physico Medicae Anatomico Chirurgicae. Tomus.*

D A S Tom	*Disputationum Anatomicarum Selectarum. Tomus.*
S M d'E Tom	* *Saggi Medici d'Edimburgo Tomo.*
* *G C di V Tom*	* *Giornale per servire di continuazione alla Storia della Medicina; di Venezia.*
* *F G M C Vol. o T.*	* *Flajani Giornale Medico-Chirurgico. Volume.*
* *A U di M Vol. o T.*	* *Annali Universali di Medicina del Dott. Omodei. Volume.*
* *A G de M T*	* *Archives Générales de Médécine. Tome.*
* *R M J C T*	* *Revue Medical et Journal de Clinique. Tome.*
* *E M S J N o Vol.*	* *The Edimburgh Medical and Surgical Journal. Num o Volume*

I Numeri non preceduti da altra cifra indicano la pagina dell' Opera del Sig. Merriman.

DEL PARTO pag. 1

DELLA GRAVIDANZA, E DEL PARTO

TRATTATI

Altomari. De utero gerentibus.

Baudelocque. L'Art des Accouchements.

Boursier de *Coudras*. Abregé de l'Art des Accouchements.

Burton. Systême nouveau, et complet de l'Art des Accouchements avec la description des maladies des femmes enceintes, en couche, et des enfans nouveau-nés.

* Burns. The Principles of Midwifery, including the Diseases of women and Children.

* Capuron. L'Art des Accouchements.

Deventer. Observations importantes sur le manuel des Accouchements.

Deventer. Operationes Chirurgicae novum lumen exhibentes obstetricantibus.

Fabrotti. Exercitationes duae de tempore humani partus, et de numero puerperii.

Faschi *Jo. Ang.* Partus naturalis collatus cum praeternaturali.

* Galeotti. Ostetricia Pratica.

* Gardien. Trattato completo di Ostetricia; delle malattie delle ragazze, delle donne maritate, e dei bambini.

Hunter. Tavole dell' utero gravido.

Levret. L' art des accouchements demontreè par des principes de Physique et de Mecanique.

Levret. Observations sur les causes et les accidens de plusieurs Accouchements laborieux.

Mauriceau. Observations sur la grossesse, l'accouchement des femmes et sur leurs maladies et celles des Enfans nouveau-nés.

. . . La stessa opera in Italiano.

Massaria *Alex*. Praelectiones de morbis mulierum, conceptus et partus.

Mercuri. Scipione, *e* Melli. La Comare, ò Ricoglitrice istruita nel suo uffizio.

De la Motte. Traitè complet des accouchemts naturels, non naturels, et contre nature.

Noortwyk. W. Uteri humani gravidi Anatome, et historia.

Personel. De Temporibus humani partus, juxta doctrinam Hippocratis.

Petit. Sur le mechanisme et la cause de l'accouchement.

Plenck. Elementi di Ostetricia.

Puzos. Traité des accouchements avec un traitè sur les maladies de la matrice, et des enfans, et des memoires sur les pertes dans le femmes grosses, et sur les depôts laiteux.

Raulin. Istruzioni sulla maniera di raccogliere i parti.

Rhodionis. Eucherii. De partu hominis, et quae circa ipsum accidunt.

Roederer. Elementa artis Ostetriciae.

* Roederer e Galletti la stessa opera Italiana con tavole.

Smellie. Traitè de la theorie des accouchements avec la pratique de la même science, au quel on à joint le secret de Roonhuysen dans l'art d'accoucher.

Spigelii. Epistola de incerto tempore Partus.

* Stein. Arte Ostetrica.

Tanaron. Il Chirurgo Raccoglitore moderno.

Vespa. Trattato dell'arte ostetrica.

Vezosi. De mulierum conceptu, gestatione, et Partu Libri tres.

Memorie relative allo stato di Gravidanza.

Delle forze conservatrici della natura, specialmente nella gravidanza. E A N C Dec. 1 An. *I* 130 — An. III 19 — An. 1684, 212.

Sulla perfezione del feto (Roederer) D A S T. VII Della situazione naturale del feto nell'utero materno. D A S T. V — A G de M T. VI 277 — *Boehemer*. Situs uteri gravidi foetusque a sede placentae deductus. *Needham*. Disquisitio anatomica de formatu foetu - *Riolani*. Foetus humani historia. Vedi Schola Anatomica ejusdem — Sviluppo del cervello nel feto. E M S J Vol. XXIII 83, 109 A G de M T. II 457 — *Haller*. Tavole dell'utero umano nell'opera minora T. II 31 — Utero umano gravido, suoi vasi, e vasi della placenta. E M S J Vol. XXI 442 — Sulla placenta e sulla cavità dell'utero, e sul muscolo uterino del Ruischio S M d'E T. IV 95

Ricerche sulle diverse parti del prodotto della concezione nell'uomo A G de M T. 403, e 584 — Metamorfosi che prova l'uovo nei primi cinque mesi dell'incubazione A G de M T. I 178 — Sullo sviluppo del cervello nel feto umano, e comparazione di quest'organo con quello di altri Animali A U di M T. XXI 410 — Istoria della dissezione di una donna divenuta recentemente gravida. *ivi* 281 — *Albinus*: Expositio uteri mulieris gravidae, cum jam parturiret mortuae — Storia anatomica dell'utero umano gravido. A E L An. 1745 316 — Della Grossezza dell'utero umano gravido, delle valvule delle vene, e delle fibre trasverse delle arterie E A N C Cen. IX e X 444 — Della struttura sinuosa delle boccuccie dei vasi dell'utero, dalle quali colano i mestrui ed i lochi D A S T. V 261 — Diminuzione di grossezza dell'utero nella Gravidanza A A N C T. J 406 — Osservazioni anatomiche per l'istoria

Effetti dell'Immaginazione nelle Donne gravide.

Segni, e casi particolari di Gravidanza.

Dell' Aborto.

Knnold. Dissertatio medica de abortu et foetu mortuo ;-- Considerazioni sull'Aborto A G de M T II 297 – Osservazioni *ivi* 389 – Aborto cagionato dal Tenesmo E A N C an. 1691 230 – Dalla manna E A N C an. 1670 353 – Dalla dissenteria E A N C an 1687 324 – Da pertinace costipazione di ventre A A N C T. II 374 – Dal Bagno E A N C an. 1682 305 – Per cagione di forte odore di rose, preceduto da convulsioni E A N C Decas III an. V e VI 158 – Per la puzza dell'orina E A N C Cen. V, e VI 39 – Per imprudente vellicazione della vagina, e dell'utero, seguito dalla morte A A N C T. IV 299 – Per l'introduzione di un ago da setone nell'utero, e seguito da diversi accidenti A G de M T III 80 – Per l'insinuazione di un ferro acuto nell'utero E A N C Cen. III, IV 377 – Di due aborti oviformi E A N C Dec. *III* an *IX* 350 – Delle secondine abortive, o con uovo cotiledoniforme *ivi* 359 – Dell'aborto con Mola E A N C an. 1687 170 an. 1691 256 – Decas *III* an. *IV* 180 – Cen *VII*, e *VIII* 217 – A A N C T. *III* 237 – Discursus medicus de abortu et medicamentis abortivis, idem uterinis pellentibus quo medicamentorum uterinorum et in primis abortivorum vis et qualitas. Auctore *I N* L – Di un aborto nella di cui placenta era incluso un altro feto con separata seconda E A N C an. 1686 497 – D'un aborto bulliforme *ivi* an. 1685 221 – Aborto privo di flusso lochiale *ivi* an. 1685 334 – Con ritenzione della seconda *ivi* an. 1682 130, e 292 – Aborto ricorrente in certi determinati mesi, e giorni della gravidanza *ivi* an. 1688 348 – Aborto minacciato, ma non accaduto E A N C Decas *III* an. *VII*, e *VIII* 85 – Parimente non accaduto ad onta di una grave febbre continua A A N C T. *VII* 232 – Aborto impedito con ripetute emissioni di sangue E A N C an. 1675 301 – Aborto, e mezzi di prevenirlo R M J C T. *III* 74 Ripetuti aborti impediti dipoi con il riposo, e la cavata del sangue al terzo mese della gravidanza N A A N C T. *I* 75 – Difficoltà di provocare l'aborto E A N C an. 1689 384 .- Menorragie consecutive agli Aborti A U di M. T. V. 126.

Della Superfetazione.

N A A N C T. *I* 65 – A G de M T. *VIII* 118 – Superfetazione abortiva A A N C T. *II* 282 – Superfetazione a diverso termine A U di M. T. *XXVII* 145 – Superfetazione in una negra *ivi* T. *XXXV* 282

Caso di superfetazione falsamente presa A A N C ApT. *II* 141 – Superfetazione falsa, mentita dalle acque dell'idropisia E A N C D *I* an. *II* 284

Descrizione anatomica di una doppia vagina, e riflessioni sulla superfetazione A R de Tur. T. *VI* 289 – Utero diviso in due parti R M J C T. *III* 312 – Doppio utero, e doppia vagina A G de M. T. *VI* 192

Delle Mole.

Lampwerde; Naturalis molarum uteri historia — *Saxtorph*; Gravidanza molare *A* S M H Della mola E *A* N C Decas *I* an. *II* 153, 159, 255 Cent. *I* e *II* 77 Dec. *III* an. *III* 255 *ivi* an. V 468 *ivi* an. *VII* 372 Della dottrina delle mole, e dell'aborto E *A* N C Cen. *IX X* 251 Della generazione, e differenze della mola E *A* N C an. 1683 347 Di una mola portentosa *A* N C an. 1678 73 Di una doppia mola di una gravida E *A* N C an. 1678 322 Di una mola opportunamante emessa *ivi* A A N C Tom. VI 274 Di altra dopo la dimora di quindici anni letale *ivi* T. *IX* 20 Di una mola procidente e recisa N A A N C T. II 127 Sopra una mola A R des S an. 1735 589 Parto difficile per la presenza di due mole, ed il feto nonostante vitale E A N C Dec. I an. III 13 Espulsione di mole dopo il parto maturo e felice E A N C Cent. IX 285 Procidenza d'un corpo carnoso dall'utero con morte subitanea dopo il parto della puerpera E A N C an. 1683 336

Mole composte di idatidi venute in seguito dell'aborto.

E A N C an. 1689 130 Mole vescicolari, ed acquose *ivi* an. 1684 304 *ivi* Dec. *III* an. IX 288 *ivi* Cen. V 86 Osservata in una vergine; A A N C T. *VII* 214 Pseudomola in una emorragia uterina E A N C Cen. V 299 Del parto d'idatidi E A N. C T. *I* 49 an. 1675 79 *ivi* 1686 342 Gravidanza falsa per presenza di flatulenze ed espulsione di queste invece del feto E A N C Dec. III an VII 56 Parto vescicolare A A N C T V 446 Falso germe A G de M T. VIII 610

Dell'Epoca del Parto.

Della certezza in generale dell'epoca del parto N A A N C T. I 74

Parto Prematuro. *Vedi per quest' articolo non solo le opere d'Ostetricia : ma ancora quelle di medicina legale, e l'indice delle memorie a questa appartenenti, che si sta preparando per la suddetta Libreria di Siena.*

Annotazione sul parto settimestre E A N C an. 1677 117 A A N C T. VI 417 N A A N C T. I 79 Feto ottimestre venuto vivo, ma freddo e rigido E A N C Cent. IX 62 Feto ottimestre con secondine morbose A A N C T. IX 347

Parto Serotino, o ritardato al di là del nono mese. *Vedi presso gli stessi Scrittori di Ostetricia, e di Medicina Legale come sopra.*

Caso di parto ritardato al di là del nono mese E A N C an. 1686 27

Intumescenza dei pudendi nella gravida E A N C Dec. *III* an. *III* 13 — Escrescenza carnosa ostruente l'orifizio dell'utero *ivi* Dec. I an. II 310 — Sacco membranaceo sporgente in fuori dai pudendi di una puerpera felicemente estirpato A A N C T. VI 350 — Caso singolare descritto negli atti dell'A di B an. 1777 81

Parto impedito per un asccsso nell' utero E A N C Dec. I an. II 277 — Singolare ristringimento dell' utero A S M H — Scolamento delle acque, e parto ritardato per cinque giorni a cagione del ristringimento dell' orifizio dell' utero E A N C Dec. II an. II 229 — Rara escrescenza dell' utero in una vergine *ivi* Dec. III an. VII 167 — Tumore che impediva il parto S M d'E T. V 492

Callosità, o durezza insuperabile all' intorno dell' orifizio dell' utero con parto felice mediante l' incisioni 203

Aderenze morbose 50 197

Coalescenza della vagina in una gravida E A N C Cent. IX 430 Incisione della vagina fatta utilmente nella circostanza di un parto difficile A A N C T. V 455

Lechelii Jan. Observatio rarior conceptus humani clauso utero foeti, partusque vivi foetus acie ferri tandem expediti B N 1686 Art. II Otturamento della matrice S M d'E T. III 321

Tumori dell' ovaja 51 209

A G de M T IV 582 T. VIII 437 604 Scirrosi nelle pareti dell'utero *ivi* T. VI 77 Estirpazione dell' ovaje E M S J N T. XXII 247 *ivi* XXIV 174

Ord. VI. Parto reso difficile per l'utero fuori di sito 54

Obliquità laterale 55

Sabatier Sull' escita di luogo della matrice, e della vagina A R de Ch. T. III 351 — Obliquità dell' utero presa per un' ernia inguinale A A N C T. III 312

Antiversione 55

Retroversione 56 212

A S M H. R M J C T. *I* 229 *II* 194

Prolasso dell' utero 56

De foetus vivi extractione utero prolasso D Ph M A C T. VI 95

IV. Rottura dell' utero 95 224

Dell' utero gravido A U di M T. XXV 191 — A G de M T. II 80 — Riconosciuta soltanto nell' apertura del cadavere *ivi* 77 — Di una funesta rottura dell' utero nel tempo del parto E A N C Dec. III an. V, e VI 269 — D Phy. M A C T. VI 151 — E A N C Dec. I an II 378 — A U di M T XXXVI 241 — E A N C an. 1690 194 — A A N C T. I 397 — *ivi* II 112 Utero bilobulato con rottura parziale del lobo che conteneva il feto A G de M T. VIII 215, e 420 — Feto venuto per l' ano poco tempo dopo la rottura del collo dell' utero, e guarigione perfetta della donna otto giorni dopo l' incominciamento delle doglie del parto *vedi* Repertorio Med. Chir. di Torino 1. Trimestre del 1825 Rottura dell' utero terminata felicemente A U di M T. XVI 125, e T. XXXIII 210 — Fatalmente E A N C an. 1688 16 *ivi* Cent. IX, e X 29 E M S J Vol. XXII 14 — Rottura spontanea dell' utero *ivi* 167 — Gastrotomia praticata con successo nei casi di rottura dell'utero A G de M T. VII 598 Rottura dell'utero a due mesi di gravidanza *ivi* T. VIII 382 — Distacco non mortale di una porzione del medesimo durante il parto A U di M T. XXIX 439

V. Lacerazione di altri organi interni 98 99

Rottura dell' utero, e dell' intestino retto, seguita dal parto per la via dell'ano A G de M T. III 621

VI. Lacerazione dei legamenti 99 217

Ord. X. Parto con Emorragia 100

I. Emorragia accidentale, e suo trattamento 102 228

Pasta, intorno al flusso di sangue dall'utero delle donne gravide *Bigeschi* Trattato delle Emorragie uterine. G C di V T. V 144 A U di M T. XXXI 115 A S M H.

Emorragia dell' utero nociva al feto ed alla madre A A N C T. IX 19 — Stillicidio di sangue dall'utero nelle gravide senza inconvenienti E A N C an. 1678 85 — Del flusso di sangue nelle gravide *ivi*

Nelle gravide e partorienti A G de M T. IV 154 — T. VIII 282 — Nel parto N A A N C T. III 23 — Dopo il parto A U di M T. XIX 131 — R M J C T. I 281 — Dopo il puerperio E A N C Cent. VII VIII 215 — Riso letale in una puerpera E A N C Dec. III an. I 44

Plenk. Dell' uso innocente dell' oppio e dei clisteri nell' affezioni spasmodiche delle gravide E A N C Dec. III an. V VI 637 — Dell' efficacia antispamodica dell' Ipecacuana nelle convulsioni delle gravide, e delle partorienti A A C R J T. I — Puerpera morta con singolari e straordinari sintomi A A N C T. IX 18

Ord. XIII. Parto con infiammazioni 128

Infiammazione dell' utero in una puerpera con febbre, e soppressione dei lochi risoluta in seguito di una diarrea A A N C Tom. IV. 8 — Dell' uso dei suffumigi per prevenire lo sfacelo dell' utero infiammato A AN C T. II 328.

Delle Febbri puerperali (vedi i diversi trattati di Medicina Pratica, e delle malattie delle puerpere) Febbre di una puerpera con varie eruzioni esantematiche che si succedevano l'una all'altra A A N C T. IV 70 — Febbre miliare in una puerpera E A N C Dec. III an. IX X 329 — Febbre puerperale E M S J Vol. XXII 53 — A U di M T. I 122 — Epidemica in Edimburgo nel 1821, e 22 *ivi* Tom. XXVI 167 — Della Flemmasia alba dolens puerperarum *ivi* T. VIII 142 — A G de M. T. VI 220 - Peritonitide puerperale, e nuovo metodo di curarla A U di M T. XXI 132.

Osservazioni particolari sulle puerpere
Pleuritide ed emicrania A A N C T. V. 46 — Nevrite puerperale R M J C T. III 157 — Danni delle bevande fredde E A N C an. 1690 359 — Utilità del salasso E A N C Cent. V VI 187 — Delle bevande calde E A N C an. 1686 260

Dell' impossibile reposizione dell' utero rovesciato dopo il parto N A A N C T. III 54.

Estirpazione dell' utero rovesciato 243

Degli Strumenti in Ostetricia 141

Deisch De necessaria in praeternaturali partu inssrumentorum applicatione — *Mithoff* Dissertatio sistens comparationem inter versionis negotinm et operationem instrumentalem — Dell' istoria, utilità giusta e tarda applicazione degli strumenti in ostetricia N A A N C Ap. T. I. 73 — Strumenti di Ostetricia che si usavano ai tempi di Chamberlin A U di M Vol. XIII 82.

Dell' uso del Laccio, del Forcipe e della Leva 142

Osservazione di un notabile sarcoma dell' utero, e ricerche sulla preminenza del forcipe di *Chamberlin* nei casi di inchiodamento della testa del feto, e cosa che debba pensarsi dell' istrumento di *Levret*, e del Forcipe Bingiano A A N C Ap. T. IX 39.

Dei casi che ammettono l' applicazione del Forcipe, o della Leva 143

Del Vette, o Leva 142 147 244

Champer Remarques sur les accouchements laborieux par l' enclavement de la tete, et sur l' usage du levier de Roonhuysen.

Del Perforatore 148

Se il perforatore sia meno dubbio, o di egual pericolo per conservare la madre a preferenza del feto di quello che possa essere l' operazione cesarea per salvare il feto, e la madre D Ph. M A C T. VI. 182.

Dell' Uncino 151

Dei vari modi di cavar la testa del feto restata nell' utero D Ph. M A C T. VI. 173 — Dell' estrazione del feto vivo, della madre vivente con l' uncino da stadera E A N C an, 1685. 205 — Altro caso con felice successo per la madre *ivi* Dec III an. VI 136

Dell' Operazione Cesarea 155 216

Mell Dell' epoca istorica del Taglio cesareo — *Casini* Sull' incisione cesarea. — *Rossati* Exsectio foetus vivi ex matre viva sine al-

Miscellanee

Fine dell Indice.